

記載例

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

① 令和〇〇年 △月 ×日 提出

群馬県国民健康保険団体連合会理事長 様

開設者

住所 ②群馬県前橋市〇〇町1-1
社会福祉法人 ○×会

氏名 理事長 群馬一郎 印

給付費の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

群馬県または市町村への届出の際に使用する印鑑を押印する。(法人の代表者印等)

事業所番号	③ 1 0 1 2 3 4 5 6 7 8										
法人等種別	01	④社会福祉法人(社協以外)				郵便番号	370-0011				合会使用欄
(請求先)事業所名称	⑤ 〇〇〇事業所				電話番号	027-111-1111					
					FAX番号	027-111-1112					
フリガナ(所在地)	ガンケンマエバシシ△△マチ2-2				振込先⑨	0 1 2 3 国保銀行					
所在地	⑥ 群馬県前橋市△△町2-2				支店名⑩	4 5 6 前橋支店					
					口座番号⑪	普通当座 0 1 2 3 4 5 6 その他					
フリガナ(請求者)	シンセイ タロウ				フリガナ(受領者)	フク) ○×カイ					
請求者	⑦ 申請 太郎				(口座名義人)受領者	社会福祉法人 ○×会 理事長 群馬一郎					
⑧	届出理由(該当番号に○をつけてください)				⑬ 異動年月	⑭ 旧事業所番号					
					① 新設	2年5月 請求分より				⑮ 支払先事業所番号	
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更				※摘要	サービス提供開始年月の翌月(請求を開始する月)を記載してください。 例)サービス提供開始年月:R2年4月 異動年月 :R2年5月 振込年月 :R2年6月					
3	振込先及び口座番号の変更										
4	その他()										
決定通知等の送付データの形式 ⑯	PDF									CSV	
旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。											
⑰ 住所					印						
氏名											
備考											

【注意事項】

この届は、1つの事業所番号につき1枚の提出となります。
 なお、提出した届の内容に変更が生じた場合、再度この届に全ての欄を記入して提出してください。
 特に口座名義人の変更等を行った場合には、早急に提出してください。