

記載例

介護給付費の請求及び受領に関する届

(1) ××年 ××月 ××日 提出

群馬県国民健康保険団体連合会 理事長 様

群馬県または市町村へ届け出た際に記載した開設者名を記載してください。なお、開設者が法人の場合は、法人名及び代表者名を記載して下さい。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してください。

開設者住所氏名

(2) 群馬県前橋市〇〇町1-1
社会福祉法人 〇×会
理事長 介護 一郎

印
印

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

事業所番号		(3) 1 0 7 0 2 3 4 5 6 7	郵便番号	(8) 370-0011
法人種別		(4) 社会福祉法人	電話番号	(9) 027-111-1111
事業所	フリガナ	〇×ハウモンカイゴセンター	FAX番号	(10) 027-111-1112
	名称	(5) 〇×訪問介護センター	振込先 (11) 金融機関コード及び名称	(12) 0 1 2 3 か い ご (銀行 信託銀行 信用金庫 農協)
	フリガナ	グンマク	支店コード及び名称	(13) 4 5 6 前 橋 本店 (14) 支
	所在地	(6) 群馬県前橋市△△町2-2	口座種別 (15) 口座番号	(16) ①普通 ②当座 ③その他 0 1 2 3 4 5 6
請求者	フリガナ		(口座名義人) カタカナ (17)	漢字
	氏名	(7)		

届出理由(該当番号に○をつけて下さい)		(19) 異 動 年 月	旧 事 業 所 番 号
(1) 1	新設	〇〇 年△△ 月 提出より	(20) 1070123456
(18) 2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	年 月 末 提出より	* 摘要
3	請求方法の変更	年 月 提出より	
4	振込銀行及び口座番号の変更	年 月 末 提出より	
5	その他 ()	年 月 提出より	
(21) 請求媒体	(7) 伝送(インターネット) 2. 光ディスク(MO) 4. 光ディスク(CD) 5. 帳票		
(22) 同意欄 (旧事業所番号と支払を合算する場合に記入してください)	旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払を、当該新事業所番号の支払と合算することに同意します。 住所 群馬県前橋市〇〇町1-1 氏名 社会福祉法人〇×会 理事長 介護一郎 印		
備考			

* 連合会使用欄	検印欄		受付印

* 摘要欄、および連合会使用欄には何も記入しないでください。
* 届出理由が1、2、4の場合は、預金通帳等の表紙及び見開きページ(口座名義人がカナで記載されている部分)の写しを添付してください。