

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

開設者

理事長

住所 ②群馬県前橋市〇〇町1-1

〇〇 〇〇

様

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 その他 0 1 2 3 4 5 6				
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	RO年〇月請求分より				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	請求開始月(サービス提供開始月の翌月)を記載してください。 例: 令和6年4月サービス提供開始 ...「令和6年5月請求分より」				
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。