

# 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

山口県国民健康保険団体連合会

開設者

理事長 池田 豊 様

住所

氏名

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。

事業所番号				連 合 会 使 用 欄																							
法人等種別		郵便番号																									
(請求先)事業所名称			電話番号																								
			FAX番号																								
フリガナ(所在地)			振込先																								
所在地			支店名																								
			口座番号	普通 当座 その他																							
フリガナ(請求者)			フリガナ(受領者)																								
請求者			(口座名義人)受領者																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 45%;">届出理由 (該当番号に○をつけてください)</td> <td style="width: 20%;">異動年月</td> <td style="width: 30%;">旧事業所番号</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>新設</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">年 月請求分より</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>請求者及び受領者(口座名義)の変更</td> <td style="text-align: center;">支払先事業所番号</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>振込先及び口座番号の変更</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">※ 摘要</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>その他 ( )</td> <td></td> </tr> </table>		届出理由 (該当番号に○をつけてください)	異動年月	旧事業所番号	1	新設	年 月請求分より		2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	支払先事業所番号	3	振込先及び口座番号の変更	※ 摘要		4	その他 ( )										
		届出理由 (該当番号に○をつけてください)	異動年月	旧事業所番号																							
	1	新設	年 月請求分より																								
	2	請求者及び受領者(口座名義)の変更		支払先事業所番号																							
	3	振込先及び口座番号の変更	※ 摘要																								
4	その他 ( )																										
決定通知等の送付データの形式			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。																											
住所																											
氏名			印																								
備考																											