

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

記入例

2023 年 3 月 10 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 山口市大手町777-77

社会福祉法人 ○○福祉会

氏名 理事長 ○○ ○○

社会福祉法人
理事長
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	3511111111			連合会使用欄	
法人等種別	01	社会福祉法人（社協以外）	郵便番号		753-6666
(請求先)事業所名称	あいうえお事業所		電話番号		083-999-9999
			FAX番号	083-888-8888	
フリガナ(所在地)	ヤマグチシアサダ 777-77			振込先	1 2 3 4 ← 金融機関コード □□銀行
所在地	山口市朝田777-77			支店名	5 6 7 ← 支店コード △△支店
			口座番号	普通 当座 その他	0 0 8 8 8 8 8
フリガナ(請求者)	シャカイフクシカクジシヨウ ○○フクシカイ リジョウ ○○ ○○			フリガナ(受領者)	フク) ○○○○
請求者	社会福祉法人 ○○福祉会 理事長 ○○ ○○			(口座名義人)受領者	社会福祉法人 ○
	届出理由（該当番号に○をつけてください）			異動年月	
1	新設	該当の番号に○を記載してください。			2023 年 4 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				
4	その他（				
決定通知等の送付データの形式					
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			印		
氏名			印		
備考					
※ 振込口座等を変更の場合、備考欄に「○年○月振込分から」と記載してください。					

※重要
通帳の表紙(裏側)等に記載されているカタカナ表示を正確に記載して下さい。

変更が発生する請求年月を記載してください。
※ サービス提供年月を記載しないように注意してください。
支払月は請求月の翌月となります。
(例)2023. 3. 1変更 → 2023. 3 (サービス提供年月)
2023. 4 (請求年月)

※ [] の部分について、記入漏れ、押印漏れ等にご留意の上、記入してください。