

介護給付費等の請求及び受領に関する届

山口県国民健康保険団体連合会
理事長 池田 豊 様

年 月 日 提出

※提出(送付)日を記入してください。

山口県△△市◇◇1-2-3

開設者 住所 社会福祉法人 ○○会
氏名 理事長 介護太郎事 人 社
長 〇 会
之 〇 福
印 理 法
理 理 法

介護給付費等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	3570309999	経営 主体		連 合 会 使 用 欄	
法人種別	社会福祉法人(社協以外)	郵便 番号	753-1234		
フリガナ	アイウエオジギョウショ	TEL	083-123-4567		
(請求先) 事業所 名 称	あいうえお事業所	FAX	083-234-5678		
		振込先	2 3 4 5 ← 金融機関コード		
フリガナ	ヤマグチケンヤマグチシシカクシカク4-5-6		〇 〇 銀 行		
	請求者の名称を記入してください。	支店名	6 7 8 ← 支店コード		
所在地	山口県山口市□□4-5-6		〇 〇 支 店		
		口座 番号	普 通 当 座 其 他 0 0 9 8 7 6 5		
フリガナ	シカイフクシホウジン ○○カイ リンショウ カイゴタロウ	フリガナ	フク) マルマルカイ		
請求者	社会福祉法人 ○○会 理事長 介護太郎	(口座名義人) 受領者	社会福祉法人 ○○会 理事長 介護 太郎		
	届出理由(該当番号に○をつけてください)	異動年月			※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 記載してください。
1	新設				
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	2023年 5月請求分より			
3	請求方法の変更				
4	振込先及び口座番号の変更				変更が発生する請求年月を記入してください。 ※ サービス提供年月は記入しないようご注意ください。 支払月は請求月の翌月末の営業日です。
5	その他()				(例) 2023年6月支払分より、振込先及び口座番号を変更する場合、 異動年月は【2023年5月】と記入してください。
請求媒体	7. 伝送(インターネット)				
	2. 磁気(MO) 4. 磁気(FD・CD) 5. 帳票				
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					※振込口座等を変更の場合、「〇年〇月振込分から」と記入してください。
備 考	2023年6月振込分から				

DJXL04(5213)

…必須項目となるため、漏れや誤りのないように記入してください。