

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

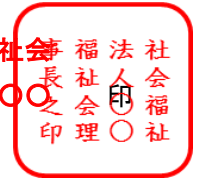
記入例

2017 年 4 月 1 日 提出

山口県国民健康保険団体連合会
理事長 市川 熙 様

開設者
住所 山口市大手町7777-77

社会福祉法人 ○○福祉会 理事長 市川 熙 様
氏名 理事長 ○○ ○○



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 □□銀行	
所在地	山口市朝田777-77	支店名	5 6 7 △△支店	
		口座番号	普通当座 0 0 8 8 8 8 8	
フリガナ(請求者)	シヤカイフクシカクシヨウ ○○フクシカイ リジチョウ○○ ○○	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 ○○福祉会 理事長 ○○ ○○	
届出	代表者等の氏名を記載してください。	異動年月	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。	
1	新設	2017 年 5 月請求分よ	又払元事案所番号	
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	※ 摘要		
3	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。		
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 住所 氏名				
備考				

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