

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

香川県国民健康保険団体連合会 理事長 宛

開設者
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							
				F A X 番号							
フリガナ				振込先	金融機関コード						
所在地				本支店名	店番コード						
フリガナ				口座 番号	1.普通						
					2.当座						
請求者				(口座名義人) 受領者	3.その他						
フリガナ				フリガナ							
請求者	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			令和 年 月請求分より	支払先事業所番号						
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更										
3	振込先及び口座番号の変更			(国保連合会への請求月をご記入ください。なお、振込は翌月からになります。)							
4	その他 ()										
Eメール											
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											
備考											