

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							
				3.その他								
フリガナ				フリガナ								
請求者				(口座名義人) 受領者								
1 2 3 4	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				
	新設			平成 年 月 請求分より				支払先事業所番号				
	請求者及び受領者(口座名義)の変更			-----								
	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。)								
	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												