

【記載例】障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

令和〇〇年〇〇月〇〇日 提出

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

開設者 住所 岡山県岡山市北区桑田町〇〇-〇

氏名 社会福祉法人 〇〇会
理事長 国保 桃太郎

印

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	3320123456				県(市)へ申請した種別を記入 してください。(不明の場合は 無記入でかまいません)				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	700-8568										
(請求先) 事業所 名称	〇△□サービス			TEL	086-000-0000										
				FAX	086-000-0000										
(請求先) 事業所 所在地	岡山市北区桑田町〇〇-〇			振込先	0	1	2	3	銀行 信託銀行 信用金庫 農協						
				国保											
				支店名	4	5	6	岡山支店							
開設者(法人名)、事業所名 どちらでもかまいません。	〇△□サービス			口座番号	普通 当座 その他		0	1	2	3	4	5	6		
フリガナ (請求者)	マルサンカクシカクサービス			フリガナ (受領者)	㏽)〇〇カイ										
請求者	〇△□サービス			(口座名義人) 受領者	社会福祉法人〇〇会										
届出理由(該当番号に○をつけてください)				異動年月				※摘要							
1	新設			年 月請求分より				口座名義人及びフリガナは 必ず振込先銀行等の 通帳の記載どおりに 記入してください。							
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														
4	その他()														
決定通知書等の送付データの形式				PDF				CSV							
備 考															
振込先変更の場合				月振込み分より変更				届出が有効となる明細書の 提出月を記載してください。 (サービス提供月ではありません)							
口座名義人など振込に関して変更した場合に記載してください。 届出をした翌月の振込に反映したい場合は、 20日頃までに 提出して ください(処理が間に合わない場合があります)。															