

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

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

開設者 住所

氏名

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					連 合 会 使 用 欄	
法人等 種別			郵便番号			
フリガナ			TEL			
(請求先) 事業所 名称			FAX			
(請求先) 事業所 所在地			振込先		銀 行 信託銀行 信用金庫 農 協	
			支店名			
			口座番号	普 通 当 座 その他		
フリガナ (請求者)			フリガナ (受領者)			
請求者			(口座名義人) 受領者			
	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			
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						