

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

令和 5 年 9 月 1 日提出

岩手県国民健康保険団体連合会 理事長 様

開設者

住所 岩手県△△市□□1-2-3

社会福祉法人国保福祉会

氏名 理事長 国保 太郎



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	0312345678			連 合 会 使 用 欄
法人等 種別	社会福祉法人	郵便 番号	111-1111	
フリガナ	コクホフクシサービスジギョウショ	電話 番号	222-222-2222	
(請求先) 事業所 名称	国保福祉サービス事業所	F A X 番号	222-222-3333	
フリガナ	イワテケン△△シ□□4-5-6	振込先	0 1 2 3 〇〇銀行	
所在地	岩手県△△市□□4-5-6	支店名	4 5 6 △△支店	
フリガナ	シャカイフクシホウジンコクホフクシカイ	口座 番号	① 普 通 2: 当 座 9: その他 0 1 2 3 4 5 6	
請求者	社会福祉法人国保福祉会	フリガナ	シャカイフクシホウジンコクホフクシカイジギョウコクホフクシカイ	
		(口座名義人) 受領者	社会福祉法人国保福祉会理事長国保太郎	
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		
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	(令和 元 年 6 月支払(入金)分より ※支払月は請求月の翌月となります	支払先事業所番号	
③	振込先及び口座番号の変更	※摘要		
4	その他 ()			
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		印		
氏名				
備 考				