障害福祉サービス費等の受領に関する

同　意　書

平成　　年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 様

事業所番号

事業所名称

開設者住所

開設者氏名　　　　　　　　　　 　　　　 印

当事業所は、以下の理由により平成　　年　　月支払分より下記事業所への支払いと合算することに同意します。

　　※該当する内容に〇をつけてください。

* 事業所の移転等により事業所番号が変更となったため
* 過誤等によりマイナスの支払いが発生するため
* その他

記

事業所番号

事業所名称

開設者住所

開設者氏名　　　　　　　　　　 　　　　 印