

# 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

令和 年 月 日 提出

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 殿

(印鑑登録印)

〒  
開設者 住所  
氏名

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   | 0   | 4 |                    |                                    |             |  |  |       |                            |  |
| 法人等種別   | ・社会福祉法人 ・医療法人 ・民法法人(社団・財団) ・営利法人<br>・非営利法人(NPO) ・その他法人 ・地方公共団体<br>・その他( ) 該当部分に○をつけてください。 |   |                    |                                    |             |  |  |       | 連<br>合<br>会<br>使<br>用<br>欄 |  |
| フリガナ  |   |   | 郵便番号               | -                                  |             |  |  |       |                            |  |
| (請求先)事業所名称  |   |   | 電話番号               |                                    |             |  |  |       |                            |  |
|   |   |   | FAX番号              |                                    |             |  |  |       |                            |  |
| フリガナ  |   |   | 振込先                | 銀行 行<br>信託 行<br>信用 庫<br>金 協<br>農 協 |             |  |  |       |                            |  |
| 所在地   |   |   |                    | 支店名                                | 本<br>店<br>支 |  |  |       |                            |  |
| フリガナ  |   |   |                    |                                    |             |  |  |       |                            |  |
| 請求者   |   |   | 口座番号               | 1:普通<br>2:当座<br>9:その他              |             |  |  |       |                            |  |
| 届出の問合せ先電話番号及び担当者名                                     |   |   | フリガナ               |                                    |             |  |  |       |                            |  |
| 電話番号:   |   |   | (口座名義人)            |                                    |             |  |  |       |                            |  |
| 担当者名:   |   |   | 受領者                |                                    |             |  |  |       |                            |  |
| 届出理由(該当番号に○をつけ適用年月をご記入ください)                           |   |   |                    |                                    |             |  |  | ※摘要   |                            |  |
| 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 年 月 支払[入金]分より) |                                    |             |  |  |       |                            |  |
| 3   | 振込銀行及び口座番号の変更   |   | ※支払月は請求月の翌月となります   |                                    |             |  |  |       |                            |  |
| 4   | その他( )  |   |                    |                                    |             |  |  |       |                            |  |
| 「電子請求登録結果に関するお知らせ」の郵送先に○をつけてください。<br>※届出理由が【1新設】の場合のみ |   |   |                    |                                    |             |  |  | 〒 住所: |                            |  |
| ・開設者住所に郵送 ・事業所住所に郵送 ・右記住所に郵送                          |   |   |                    |                                    |             |  |  | 宛先:   |                            |  |
| 備考  |   |   |                    |                                    |             |  |  |       |                            |  |

※「金融機関名」「口座番号」「口座名義」が明記された口座通帳のコピーを必ず提出してください。