

# 介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

開設者 住所

氏名

印

介護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											
法人 種別	経営 主体									連 合 会 使 用 欄	
フリガナ									郵便 番号		
(請求先) 事業所 名称									TEL		
フリガナ									FAX		
所在地									振込先		
フリガナ									支店名		
請求者									口座 番号	普通 当座 その他	
請求者									フリガナ		
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			旧事業所番号			
1	新設				年 月請求分より			※摘要			
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更										
3	請求方法の変更										
4	振込先及び口座番号の変更										
5	その他 ( )										
請求 区分	4 . 電子媒体 ( C D - R )      5 . 帳票      7 . 伝送 ( インターネット )										
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 氏名 印											
備 考											