

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

埼玉県国民健康保険団体連合会
理事長 様

開設者
住所

氏名 印

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											連 合 会 使 用 欄	
法人等 種別				郵便 番号								
(請求先) 事業所 名称				電話 番号								
				F A X 番号								
フリガナ (所在地)				振込先								
所在地				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								
1 2 3 4	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				
	新設			年 月請求分より				支払先事業所番号				
	請求者及び受領者(口座名義)の変更			※摘要								
	振込先及び口座番号の変更											
	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 氏名 印												
備 考												