

# 記入例

この届は、1つの事業所番号に対し1枚の提出となります。  
太枠内は振込先口座情報のため、記載内容の不備または誤りがある場合は、再提出となります。

## 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

埼玉県国民健康保険団体連合会  
理事長 連合 太郎 様

開設者 ○○県△△市××町1-1  
住所 社会福祉法人国保会

年 月 日 提出

印鑑証明書と同一の法人住所、法人名、役職名、代表者氏名を記入

氏名 理事長 申請太郎 印

印鑑証明書と同一の印鑑を使用してください。

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	5010000001			連合会使用欄	
法人等種別	01 社会福祉法人(社協以外)	郵便番号	999-9999		
(請求先)事業所名称	×××事業所		98-7654-3210		
			98-7654-3211		
フリガナ	マルマルケン サンカクサンカクシ ハツハツチョウ 1-1	振込先	1 2 3 4	△△ 銀行	
所在地	〇〇県△△市××町1-1	支店名	1 2 3	□□ 支店	
フリガナ	シヤカイフクシホウジシヨクホカイリジチヨウシセイトロウ	フリガナ	シヤカイフクシホウジシヨクホカイリジチヨウシセイトロウ		
請求者	社会福祉法人国保会 理事長 申請太郎	(口座名義人)受領者	社会福祉法人国保会 理事長 申請太郎		
届出理由(該当番号に○をつけてください)	1 新設	異動年月	令和4年1月		
	2 請求者及び受領者の法人が異なる場合は、別途委任状の提出が必要となります。	旧事業所番号			
	3 振込先及び口座	支払先事業所番号			
	4 その他 ( )	サービス提供月の翌月を記入			
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					
備考	決定通知等の送付データでCSVを希望する場合は、CSVにも○を付してください。				

県等の指定時に付番された10桁の事業所番号を記入

事業所名称・所在地については、県等へ申請し指定された正式名称を記入

金融機関コード及び銀行名を記入

支店コード及び支店名を記入

該当に○

普通  
当座  
その他

右詰め

口座名義人を記入

過去に付番された事業所番号がある場合は記入

○注意事項○

提出の前に、必要書類があることをご確認ください。

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

(印鑑証明書と同一の印鑑で押印した原本)

通帳のコピー (表紙と表紙裏面の2ページ)

※ネットバンクをご指定の場合は、金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、  
口座名義人を照会できる書類

指定通知書 (コピー)

印鑑証明書 (発行から3カ月以内の原本)

委任状

※開設者法人と請求者または受領者の法人が異なる場合のみ提出が必要です。