

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

徳島県国民健康保険団体連合会
理事長 原 秀樹 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							
			FAX 番号							
フリガナ			振込先							
所在地			支店名							
			口座 番号							
フリガナ			フリガナ							
請求者			(口座名義人) 受領者							
1	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					
2					支払先事業所番号					
3			※摘要							
4										
Eメール										
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事に同意します。										
住所										
備考										