

介護給付費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							
フリガナ			振込先							
所在地			支店名							
フリガナ			口座 番号	普通 当座 その他						
フリガナ			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 媒体	1. 伝送 (接続先電話番号)		2. 磁気(MO)		3. 磁気(MT)		4. 磁気(FD)		5. 帳票	
Eメール										
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										