**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

開設者

　住所

理事長　　様

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。

※新規及び口座及び受領者名（口座名義人）が変更になる場合は通帳のコピーを一部添付ください。

※受領者名欄は銀行口座の名義と同一の記入をお願いします。

※記載された情報については障害福祉サービス費等審査支払いのため使用し、目的外の使用は致しません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |
|  |
| 支店名 |  |  |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 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 |  |
| 2 | 請求者及び受領者（口座名義）の変更 | 支払先事業所番号 |
| 3 | 振込先及び口座番号の変更 | ※摘要 |  |
| 4 | 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事に同意します。　　住所　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 備考 |
|  |