

『障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届』記入要領

年 月 日 提出

徳島県国民健康保険団体連合会
理事長 様

事業所の開設者の住所、氏名を記入し、押印。(必須)

開設者
住所

届を国保連合会に提出(送付)した日を記入。(必須)

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	障害者総合支援事業所番号(10桁) (必須)			連合会 使用欄	記入不要
法人等種別	記入不要			郵便番号	
(請求先)事業所名称	事業所の名称を記入。(必須)			電話番号	電話番号を記入。(必須)
				FAX番号	FAX番号を記入。(必須)
フリガナ	所在地をカナで記入。(必須)			振込先	振込先金融機関コードを記入。 振込先金融機関の名称を記入。(必須)
				支店名	振込先金融機関の本支店コードを記入。(必須) 振込先金融機関の本支店名称を記入。(必須)
所在地	所在地を記入。(必須) 振込先金融機関口座に該当する種別を○で囲む。(必須)			口座番号	普通 振込先金融機関の口座番号を右詰めで記入。(必須) 当座 その他
フリガナ	請求者の名称をカナで記入。(必須)			フリガナ	振込先口座の通帳表紙裏面の名前(カタカナ表記)を記入。(必須) ① →2枚目参照
請求者	請求者の名称を記入。(必須)			(口座名義人)受領者	振込先口座の通帳表紙の口座名義人を記入。(必須) ② →2枚目参照
届出の理由に該当する番号を○で囲む。(必須)(複数選択可) ※「4:その他」を選択した場合はその内容も合わせて記入。	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	過去に付番された事業所番号がある場合に記入。
	2	請求者及び受領者(口座名義)の変更		請求分より	支払先事業所番号
	3	振込先及び口座番号の変更		※摘要	
4	届出の内容が有効となる請求年月を記入。		届出の内容に関して特に通知する事項等がある場合に記入。		
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事に同意します。					
住所	旧事業所番号欄に記入があり、旧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場合は、住所・氏名を記入のうえ捺印。				
氏名	印				
備考	上記項目以外に通知する事項等があれば記入。				

『障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届』 の口座名義人フリガナ欄等について

『介護給付費等の請求及び受領に関する届』の『(口座名義人) 受領者フリガナ』及び『(口座名義人) 受領者』欄に記入の際には、次の点についてご留意ください。

①『(口座名義人) 受領者フリガナ』欄
⇒通帳表紙裏面の名前のカタカナ表記をご確認ください。

②『(口座名義人) 受領者』欄
⇒通帳表紙の口座名義人をご確認ください。

振込先										
支店名										
口座番号	普通 当座 その他									
フリガナ	①									
(口座名義人) 受領者	②									

(例)

通帳 (表紙裏面)	⇒ カ) ○○キカク
(表紙)	⇒ 株式会社○○企画代表取締役介護太郎

① 振込み不可

届 (フリガナ)	⇒ カイゴタロウ
((口座名義人) 受領者)	⇒ 介護太郎

② 振込み可

届 (フリガナ)	⇒ カ) ○○キカク
((口座名義人) 受領者)	⇒ 株式会社○○企画代表取締役介護太郎

*上記事例の「カ)」は株式会社の名称名義の略語です。