

障害福祉サービス費等の受領に関する

同意書

平成 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 様

事業所番号

事業所名称

開設者住所

開設者氏名

印

当事業所は、以下の理由により平成____年____月支払分より下記事業所への支払いと合算することに同意します。

※該当する内容に○をつけてください。

- ・ 事業所の移転等により事業所番号が変更となったため
- ・ 過誤等によりマイナスの支払いが発生するため
- ・ その他

()

記

事業所番号

事業所名称

開設者住所

開設者氏名

印