

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

平成 年 月 日 提出

宮城県国民健康保険団体連合会理事長 殿

(印鑑登録印)

〒
開設者 住所
氏名

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	0	4							
法人等種別	・社会福祉法人 ・医療法人 ・民法法人(社団・財団) ・営利法人 ・非営利法人(NPO) ・その他法人 ・地方公共団体 ・その他() 該当部分に○をつけてください。								連 合 会 使 用 欄
フリガナ	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		銀行 行 信託 銀行 信用 金庫 農 協						
所在地	支店名		本 店						
フリガナ			支						
請求者	口座番号		1:普通 2:当座 9:その他						
届出の問合せ先電話番号及び担当者名		フリガナ							
電話番号:		(口座名義人)							
担当者名:		受領者							
届出理由(該当番号に○をつけ適用年月をご記入ください)								※摘要	
1	新設		平成 年 月		請求分より				
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更		平成 年 月		支払[入金]分より				
3	振込銀行及び口座番号の変更								
4	その他()		※支払月は請求月の翌月となります						
「電子請求登録結果に関するお知らせ」の郵送先に○をつけてください。 ※届出理由が【1新設】の場合のみ								〒	
・開設者住所に郵送 ・事業所住所に郵送 ・右記住所に郵送								住所:	
								宛先:	
備考									

※「金融機関名」「口座番号」「口座名義」が明記された口座通帳のコピーを必ず提出してください。