

## (記入要領)

### 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届(事業所届出票)

<記入例(3ページ)を参照し記入願います>

宮城県国民健康保険団体連合会 介護保険課

- (1) 提出日
  - ・届を本会に提出(送付)した日を記入してください。
- (2) 開設者 住所・氏名
  - ・指定権者(県または仙台市)に届け出た事業所の開設者住所及び開設者氏名を記入し押印してください。
  - ①届出理由「1:新設」⇒印鑑登録されている法人印、社印、個人印
  - ②届出理由「2~4:変更」⇒「1:新設」時に提出した届に押印したものと同じ印鑑  
ただし、同じ印鑑を紛失または改印した場合は、印鑑登録されている法人印、社印、個人印
- (3) 事業所番号
  - ・指定権者(県または仙台市)から指定された事業所番号を記入してください。
- (4) 法人等種別
  - ・指定権者(県または仙台市)に届け出た法人名を ○ で囲んでください。
- (5) 連合会使用欄(空白)
- (6) (請求先) 事業所名称(フリガナ)
  - ・指定権者(県または仙台市)に届け出た事業所名称を記入してください。
- (7) 所在地(フリガナ)
  - ・指定権者(県または仙台市)に届け出た事業所所在地を記入してください。
- (8) 請求者(フリガナ)
  - ・請求者名を記入してください。  
※請求者とは、事業所の管理・運営の責任者(開設者、施設長、所長など)等、事業所の代表者です。
- (9) 届出の問合せ先電話番号及び担当者名
  - ・国保連合会が届出に関して問い合わせする際の電話番号及び担当者名を記入してください。
- (10) 郵便番号・電話番号・FAX番号
  - ・事業所の所在する郵便番号及び電話、FAX番号を記入してください。
- (11) 振込先(金融機関コード)
  - ・障害福祉サービス費等を受領するための振込先金融機関コード及び金融機関名を記入し、該当する金融機関の種別を ○ で囲んでください。  
※金融機関コードが判らない場合は、記入不要です。
- (12) 支店名(支店コード)
  - ・障害福祉サービス費等を受領するための振込先金融機関の支店コード及び支店名を記入してください。※支店コードが判らない場合は、記入不要です。
- (13) 口座番号(口座種別)
  - ・振込先金融機関口座に該当する種別を ○ で囲んで口座番号を右詰めで記入してください。

(14) 受領者（フリガナ）

- ・障害福祉サービス費等を受領する口座の名義について、カナ及び受領者名を記入してください。法人名、役職、氏名を正しく表記してください。

※受領者（口座名義）は金融機関に届けた正式名称を記入願います。記載誤りの状態で登録した場合、銀行の照会により本会からの振込が遅れることがございます。

※開設者と受領者が異なる場合は、委任状が必要となります。（注）

(15) 届出理由

- ・届出の理由に該当する番号を ○ で囲み請求年月と支払[入金]年月を記入してください。（複数選択可）
- ・「2:受領者(口座名義)の変更」を行う場合は、希望振込月の前月振込日翌日以降に名義を変更し月末までに必着で届出を本会に提出してください。

例) 10月20日振込分から変更したい場合は9月21日～9月30日までに提出（必着）

- ・「3:振込銀行及び口座番号の変更」を行う場合は、希望振込月の前月末までに必着で届出を本会に提出してください。

例) 10月20日振込分から変更したい場合は9月30日までに提出（必着）

※期日までに提出がない場合は、振込が出来なくなることがありますのでご注意ください。

※支払月は請求月の翌月となります。

※「4:その他」を選択した場合はその内容も併せて記入してください。

(16) 摘要（※記入不要です。）

(17) 「電子請求登録結果に関するお知らせ」の郵送先

- ・届出理由が【1新設】の場合のみ、希望する郵送先を ○ で囲んでください。

※「右記住所に郵送」を選択した場合は「住所・宛先」を記入してください。

(18) 備考

- ・振込先銀行、名義等を変更する場合、銀行手続きをした年月日を記入してください。
- ・上記以外に、本会への連絡事項等があれば記入してください。

(19) その他

- ・「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。
- ・旧事業所番号等の支払いを、当該事業所番号の支払いと合算したい場合は、「障害福祉サービス費等の受領に関する同意書」の提出が必要となります。詳細は本会にお問い合わせください。

【注意事項等】

- 1 国の会計法または都道府県市町村条例により、歳入徴収官及び会計管理者を定めている者以外で、開設者と受領者が異なるときは、委任状に開設者（委任者）及び受任者の印鑑登録された印を押印の上、開設者の印鑑証明書を添付してください。
- 2 委任内容に変更が生じた場合、委任解除届け及び新たな委任状が必要となります。
- 3 受領者（口座名義）または振込銀行及び口座番号の変更の届出時においては、本会の判断により印鑑証明書、登記簿等の提出をお願いする場合がありますので、御了承願います。
- 4 国保連ホームページ「障害者総合支援＞障害福祉サービス・障害児施設給付事業者のみなさまへ」から本届データ（PDF版・EXCEL版）のダウンロードが可能です。

**記入例**

※「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。

**障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届**

提出年月日を記入

宮城県国民健康保

「受領者」が「開設者」と異なるときは、「委任状」「印鑑証明書」も提出願います。

平成 27 年 9 月 4 日 提出

〒 999-9999  
 開設者 住所 宮城県仙台市青葉区〇〇1丁目  
 1 番 1 号  
 氏名 社会福祉法人 楽しい会  
 理事長 届出 花子

(印鑑登録印)  
 印鑑登録されている法人印、社印、個人印を押印願います。

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 1 9 9 9 9 9 9
法人等種別	<input checked="" type="radio"/> 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。
フリガナ	シャカイフクシホウジンタノシカイ
(請求先)事業所名称	社会福祉法人 楽しい会
郵便番号	999 - 9999
電話番号	999-9999-9999
FAX番号	999-9999-9999
フリガナ	ミヤギケンセントウイシアホクマルマル1チヨウメ1バン1ゴウ
所在地	宮城県仙台市青葉区〇〇1丁目 1 番 1 号
振込先	9 9 9 9 宮城 銀行 信託銀行 信用金庫 農協
支店名	9 9 9 仙台 本店 支
フリガナ	シャカイフクシホウジンタノシカイ リジチヨウトケテハナコ
請求者	社会福祉法人 楽しい会 理事長 届出 花子
口座番号	1:普通    9 9 9 9 9 9 9 2:当座 9:その他
届出の問合せ先電話番号	事業所の管理・運営責任者(開設者、施設長、所長など)を記入してください。
フリガナ	シャカイフクシホウジンタノシカイ リジチヨウトケテハナコ
(口座名義人)受領者	社会福祉法人 楽しい会 理事長 届出 花子
担当者名	事務太郎

口座名義人は銀行届出の預金通帳記載の名義人を法人名から省略せずに記載願います。

届出の理由に該当する番号を○で囲み請求及び支払年月を記入してください。

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 27 年 10 月請求分より
2 請求者及び受領者(口座名義)の変更	(平成 27 年 11 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

※届出理由2・3の注意事項について  
 「2:受領者(口座名義)の変更」を行う場合は希望振込月の前月振込日翌日以降に名義を変更し月末までに必着で届出を本会に提出してください。  
 例)10月20日振込分から変更したい場合は9月21日～9月30日までに提出(必着)  
 「3:振込銀行及び口座番号の変更」を行う場合は希望振込月の前月末までに必着で届出を本会に提出してください。

「電子請求登録結果に関するお知らせ」の  
 開設者住所に郵送   
 ・ 事業所住所に  
 備

※ 郵送先を○で囲んでください。「右記住所に郵送」を選択した場合は住所・宛先を記入してください。

※「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。

国保連ホームページから本届データ(PDF版・EXCEL版)のダウンロードが可能です。