

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

令和 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	-					
事業所名称					電話番号						
					FAX番号						
フリガナ					振込先						銀行
所在地											信託銀行
					支店名						信用金庫
フリガナ											農協
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	令和 年 月 請求分より									
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	(令和 年 月 支払[入金]分より)									
3	振込銀行及び口座番号の変更	※支払月は請求月の翌月となります									
4	その他()										
「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 宛先:											
備考											

※【金融機関名】【支店名】【口座番号】【口座名義】が明記された口座通帳のコピー(表紙)を必ず提出してください。
 コピーが添付されていない場合、受け付けることができません。