

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

(印鑑登錄印)

三

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	04									
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						
フリガナ				振込先						銀行 信託銀行 信用金庫 農協
所在地				支店名						本店 支
フリガナ				口座番号	1:普通 2:当座 9:その他					
請求者				フリガナ						
届出の問合せ先電話番号及び担当者名 電話番号: 担当者名:				(口座名義人)						
受領者							※摘要			
1 新設	令和 年 月請求分より (令和 年 月支払[入金]分より) ※支払月は請求月の翌月となります									
2 請求者及び受領者(口座名義)の変更										
3 振込銀行及び口座番号の変更										
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 住所: ・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										

「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。