

詳細については、記載要領をご参照ください。

【記載事例】

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

静岡県国民健康保険団体連合会理事長 様 ① ○○年 8月 ○○日 提出

② 開設者
住所 静岡県○○市△△1-1

社会福祉法人 ○○会

氏名 理事長 国保太郎

印

障害福祉サービス費等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	③ 2200000000			連合会使用欄		
法人等種別	④ 01	社会福祉法人 (社協以外)	郵便番号		⑦123-4567	
フリガナ	マルマルギョウシヨ		電話番号		123-456-7890	
(請求先)事業所名称	⑤○○事業所		FAX番号		098-765-4321	
フリガナ	シスオケンマルマルカハツバ2-2			⑧ 振込先	0 1 2 3 □□□	銀行 信用金庫 農協
所在地	静岡県○○市××2-2			⑨ 支店名	4 5 6 ×××	本店 支店
フリガナ	マルマルギョウシヨ ショチヨウ カイコハコ			⑩ 口座番号	普通 当座 その他	0 1 2 3 4 5 6
請求者	⑥○○事業所 所長 介護花子			フリガナ	⑪ フカ) マルマルカイ	
				(口座名義人)受領者	社会福祉法人 ○○会 理事長 国保太郎	
⑫ 届出理由(該当番号に○をつけてください)	⑬ 異動年月		⑭ 旧事業所番号			
① 新設	○○年 9月 請求分より					
2 請求者及び受領者(口座名義)の変更	摘要					
3 振込先及び口座番号の変更						
4 その他()						
⑮ 決定通知等の送付データの形式	PDF		CSV			
備考						

※ 開設者と請求者・受領者が異なるときは、裏面の委任状に記入をお願いいたします。

※ 正確な支払処理を行うため『通帳のコピー(預金名義が「カ」で表記されているページ)』の添付をお願いいたします。

委任状

私は、下記の者を ○○年 9月請求分以降の障害福祉サービス費等の

請求
受領
に関する代理人と定め、委任します。

記

1 請求代理人

住 所 静岡県○○市××2-2
氏 名 ○○事業所 所長 介護花子

2 受領代理人

住 所
氏 名

○○年 8月 ○○日

委任者（開設者）

住 所 静岡県○○市△△1-1
氏 名 社会福祉法人 □□会
理事長 国保 太郎

印

静岡県国民健康保険団体連合会理事長 様

※ 印鑑は、「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」に捺印した印鑑を御使用下さい。