

『障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届』～記載要領～

1. 記載項目について

① 提出年月日

当届を提出する年月日を記載する。

② 開設者住所・氏名

県又は政令市に提出した『指定申請書』の「申請者氏名」及び「住所」を記載し、申請の際に使用した印鑑を押印する。

③ 事業所番号

県又は政令市より指定を受けた「事業所番号(10桁)」を記載する。

④ 法人等種別

県又は政令市に提出した『指定申請書』の「法人・個人の種別」を記載する。

種別については、以下のとおり

01. 社会福祉法人(社協以外)	09. その他法人
02. 社会福祉法人(社協)	10. 地方公共団体(都道府県)
03. 医療法人	11. 地方公共団体(市町村)
04. 民法法人(社団・財団)	12. 地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)
05. 営利法人(株式会社・有限会社)	13. 非法人
06. 非営利法人	14. 国立施設
07. 農協	99. その他(個人の診療所等)
08. 生協	

⑤ (請求先)事業所名称・所在地

県又は政令市に提出した『指定申請書』の「事業所(施設)の名称」及び「所在地」を記載する。

⑥ 請求者

請求者の名称を記載する。(※開設者と異なる場合、裏面の委任状を記載する。)

⑦ 郵便番号・電話番号・FAX番号

請求者の郵便番号、代表電話番号、FAX番号を記載する。

⑧ 振込先

該当する金融機関(銀行、信用金庫、農協)を○で囲み、金融機関コード4桁(全銀協が定めた体系)、振込先金融機関名を記載する。

⑨ 支店名

本店、支店のいずれかを○で囲み、支店名、通帳の支店コード3桁(全銀協が定めた体系)を記載する。

⑩ 口座番号

該当する口座種目番号を○で囲み、通帳の口座番号(左から0埋めの7桁)を記載する。

⑪ (口座名義人)受領者

通帳のカナ・漢字の口座名義人を記載する。(※開設者と異なる場合、裏面の『委任状』を記載する。)

⑫ 請求方法

請求方法を○で囲む。(※法人内事業所一括請求の場合、すべての事業所が「2」となる。)

⇒「2」、「3」の代理人請求を選択した場合、《代理人申請電子請求受付システム》にて代理人申請入力をお願いします。

⑬ 届出理由

初めて提出する場合は「1」、登録内容に変更等が生じた場合は「2」～「4」を○で囲む。

⇒「1」を選択した場合、受理後に[本番用ID]が郵送される。

⑭ 異動年月

変更時期を記載する。

《例》 ○○年8月請求分より ⇒ ○○年9月支払分から適用となります。

⑮ 旧事業所番号

所在地や法人種別の変更等により、県又は政令市から新たに事業所番号が付番された場合、旧事業所番号を記載する。

⑯ 決定通知等の送付データの形式

PDF形式での配信が基本となるため、CSV形式も希望する場合のみ○で囲む。

2. 留意事項

- (1) 新規事業所は『電子請求登録結果に関するお知らせ』に同封された『届出用紙(障害者事業所:ピンク、障害児施設:緑)』、記載内容に変更が生じた事業所は本会ホームページ掲載の『届出用紙』を提出願います。(※月末までに提出することで翌月以降の支払先等を変更できます。)
- (2) 代理人請求も、支払いは当届の指定口座へ事業所ごとに振込まれますので、変更には事業所番号ごと1枚の提出が必要となります。
- (3) 『届出用紙』を両面印刷できない場合、委任状を裏面にホッチキス止めして提出してください。
- (4) 新規事業所及び「振込口座(名義人含む)」の変更を申し出る事業所は、正確な支払処理を行うため『通帳のコピー(預金名義が「カナ」で表記されているページ)』の添付をお願いいたします。

《提出先》 静岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課 障害者総合支援係
〒420-8558 静岡市葵区春日2丁目4番34号