

# 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

年 月 日 提出

開設者  
住所

氏名

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											連 合 会 使 用 欄	
法人等 種別				郵便 番号								
フリガナ				電話 番号								
(請求先) 事業所 名称				FAX 番号								
フリガナ				振込先					銀行 信用金庫 農協			
所在地				支店名					本店 支店			
フリガナ				口座 番号	普 通 座 其 他							
請求者				フリガナ								
				(口座名義人) 受領者								
	届出理由(該当番号に○をつけてください)			異動年月				旧事業所番号				
1	新設			年 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 ( )											
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「か」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 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  
氏 名

### 2 受領代理人

住 所  
氏 名

年 月 日

### 委任者（開設者）

住 所  
氏 名

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。