

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

広島県国民健康保険団体連合会

開設者

理事長

住所

様

氏名

印

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						連 合 会 使 用 欄						
法人等種別		郵便番号										
(請求先)事業所名称		電話番号										
		FAX番号										
フリガナ(所在地)		振込先	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>									
所在地		支店名	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>									
		口座番号	普通 当座 その他									
フリガナ(請求者)		フリガナ(受領者)										
請求者		(口座名義人)受領者										
1	新設	異動年月		旧事業所番号								
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	年 月請求分より		支払先事業所番号								
3	振込先及び口座番号の変更	※摘要										
4	その他()											
決定通知等の送付データの形式		PDF			CSV							
旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。												
住所												
氏名		印										
備考												

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届 記載事例及び注意点

〇〇年〇〇月〇〇日 提出

広島県国民健康保険団体連合会
理事長 様

開設者
住所 △△市〇〇町■-■

氏名 〇田 〇太郎 印

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	3400000000			連合会使用欄								
法人等種別	01	社会福祉法人（社協以外）	郵便番号		〇〇〇-〇〇〇〇							
(請求先)事業所名称	〇〇〇事業所		電話番号		082-123-4567							
			FAX番号		082-123-5678							
フリガナ	マルマルマルギョウシヨ		振込先	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">〇 〇 銀行</td> </tr> </table>	1	2	3	4	〇 〇 銀行			
1	2	3	4									
〇 〇 銀行												
所在地	△△市〇〇町■-■		支店名	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">△ △ 支店</td> </tr> </table>	5	6	7	△ △ 支店				
5	6	7										
△ △ 支店												
フリガナ	シャカイフクシホウジンマルマルカイ リジチョウ マルタマルタロウ		口座番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">普通 当座 その他</td> <td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td> </tr> </table>	普通 当座 その他	1	1	1	1	1	1	1
普通 当座 その他	1	1	1	1	1	1	1					
請求者	社会福祉法人〇〇会 理事長 〇田〇太郎		フリガナ	フク) マルマルカイ								
			(口座名義人)受領者	社会福祉法人〇〇会 理 〇田〇太郎								
	届出理由(該当番号に○をつけてください)		異動年月	所番号								
1	新設		平成〇〇年〇〇月請求分	業所番号								
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			P D	C S V								
旧事業所番号欄に記載												
住所												
備考												

太枠内は通帳情報を正確に記入してください。
特に、下記2点に注意してください。(※振込を確実にするため重要です。)
1.フリガナ…通帳の表紙裏面に銀行が印字しているカタカナの名称を正確に記入
2.受領者(口座名義人)…通帳の表紙に銀行が印字している名称を正確に記入
※提出時、通帳の表紙裏面のコピーの添付にご協力ください。

「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」の記入要領

あらかじめ印字してある項目については誤りがないか確認して下さい。

《必須》の項目については必ず記入して下さい。

1 提出日《必須》

「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」を国保連合会に提出（送付）した日を記入する。

2 開設者 住所《必須》

事業所の開設者の住所を記入する。

3 開設者 氏名《必須》

事業所の開設者の氏名を記入する。

4 開設者印《必須》

開設者印を押印する。

5 請求者（フリガナ）《必須》

請求者の名称をカナで記入する。

6 請求者《必須》

請求者の名称を記入する。

7 F A X 番号

事業所の F A X 番号を記入する。

8 振込先（金融機関コード）《必須》

障害福祉サービス費等を受領する為の振込先金融機関コードを記入する。

9 振込先《必須》

障害福祉サービス費等を受領する為の振込先金融機関名称を記入する。

10 支店名（支店コード）《必須》

障害福祉サービス費等を受領する為の振込先金融機関の本・支店をコードで記入する。

11 支店名《必須》

障害福祉サービス費等を受領する為の振込先金融機関の本・支店名称を記入する。

12 口座番号（口座種別）《必須》

振込先金融機関口座に該当する種別を○で囲む。

13 口座番号《必須》

振込先金融機関の口座番号を右詰めで記入する。

14 受領者（フリガナ）《必須》← **振込を確実にを行うために重要となります**

障害福祉サービス費等を受領する通帳の口座名義の名称をカナで記入する。

通帳の表紙（裏側）に銀行が印字登録したカタカナの名称を正確に記入していただくようお願いします。 例：フク）***カイ

15 受領者（口座名義人）《必須》

障害福祉サービス費等を受領する受領者名（通帳に記載された口座名義）を記入する。

通帳表紙裏面

普通預金

お名前 フク)マルマルカイ サマ

店番 150

口座番号 1234567

株式会社〇〇〇銀行

口座店 ××支店

TEL ×××(×××)××××

預金残高の二桁先 ××××××

お振込入金 ×××(×××)××××

印紙税中当納 付につき捺印 税務署承認済

お客さまへ

- この預金は国内どの(三菱東京UFJ銀行)でもご入金できます。(ご入金いただけるものは現金のほか手形、小切手)
- キャッシュカードがあれば、通帳・印紙がなくても、カード1枚で国内どの(三菱東京UFJ銀行)でもお引出しができます。

16 届出理由<<必須>>

届出の理由に該当する番号を○で囲む。今回は1の新設のみとなりますので、1を囲んで下さい。

17 異動年月<<必須>>

届出の内容が有効となる請求年月を記入する。

18 摘要

届出の内容に関して特に通知する事項等がある場合に記入する。

19 決定通知等の送付データの形式

決定通知等の送付データをCSVも併せて希望する場合は、CSVに○を付ける。
(通常は、PDFでの送付となりますので、あらかじめPDFと印字されています。PDFのみでの送付を希望される場合は記入する必要はありません。)

20 備考

上記項目以外に通知する事項等があれば記入する。

<注> 「旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。」欄がありますが、この処理は行いませんので、何も記入しないでください。