

様式 1-1

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

秋田県国民健康保険団体連合会 様

開設者
住所

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																					
					F A X 番号																					
フリガナ					振込先																					
所在地					支店名																					
					口座 番号	普通 当座 その他																				
フリガナ					フリガナ																					
請求者					(口座名義人) 受領者																					
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>届出理由(該当番号に○をつけてください)</td> <td>異動年月</td> <td>旧事業所番号</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>新設</td> <td rowspan="2">年 月請求分より</td> <td rowspan="2">支払先事業所番号</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>請求者及び受領者(口座名義)の変更</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>振込先及び口座番号の変更</td> <td rowspan="2">※摘要</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>その他 ()</td> </tr> </table>		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	支払先事業所番号	2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	3	振込先及び口座番号の変更	※摘要		4	その他 ()										
		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	支払先事業所番号																						
	2	請求者及び受領者(口座名義)の変更																								
	3	振込先及び口座番号の変更	※摘要																							
4	その他 ()																									
Eメール																										
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																										