

## 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

提出日を記載

栃木県国民健康保険団体連合会  
理事長

年 月 日 提出

記載要領①

開設者 住所 栃木県〇〇市〇〇〇〇

様

②

氏名 代表取締役 〇〇〇〇 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	〇九XXXXXXXX		
法人等種別		郵便番号	xxx-xxxx
(請求先)事業所名称	グループホーム△△△	電話番号	xxx-xxx-xxx
		FAX番号	
フリガナ(所在地)	トキガキ〇〇〇〇〇〇〇	振込先	
所在地	栃木県〇〇市〇〇〇〇	支店名	④~⑦
		口座番号	普通 当座 その他
フリガナ(請求者)	③	フリガナ(受領者)	
請求者	開設者と同一	(口座名義人)受領者	
⑧ 届出理由(該当番号に○をつけてください) ① 新設 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 ④ その他( )	異動年月	旧事業所番号	
	⑨	年 月請求分より	支払先事業所番号
	※変更		
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			
	⑩		