

# 記載例 『障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届』

## 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

新潟県国民健康保険団体連合会  
理事長

開設者  
住所

新潟県〇〇市△△1-2-3

様

国保 太郎

氏名

法人等の住所、代表者氏名を記載



印鑑を押印する

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	1500000000			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		999-9999
(請求先)事業所名称	〇〇〇事業所		電話番号		012-345-6789
			FAX番号		012-345-6789
フリガナ(所在地)	ニイガタケンマルマルシサンカクサンカク			振込先	0   1   2   3 〇〇銀行
所在地	新潟県〇〇市△△1-2-3			支店名	4   5   6 □□支店
				口座番号	普通 当座 その他
フリガナ(請求者)	コホ 知ウ			フリガナ(受領者)	コホ 知ウ
請求者	国保 太郎			受領者	国保 太郎
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		※摘要		
3	振込先及び口座番号の変更				事業所番号変更があった場合等、支払先を新事業所に統一する場合に記載
4	その他( )				
決定通知等の送付データの形式			FDF <input checked="" type="checkbox"/> CSV <input type="checkbox"/>		
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			印		
氏名					
備考					

※1

該当する預金の種類を○で囲む

通帳の表紙裏の「カタカナ」名義人を記載

通帳の表紙の「漢字」名義人を記載

該当番号を○で囲む

※2

新潟県ではCSVデータでの送信は不可

### ※1 法人等種別コード

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

### ※2

「開設者と請求者が違う場合」や「開設者と口座名義人が違う場合」には、委任状と印鑑証明の提出が必要となります。