

【変更時記載例】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					
新潟県国民健康保険団体連合会		開設者 新潟県〇〇市△△1-2-3			
理事長		住所 国保 太郎			
		氏名			
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		郵便番号	999-9999	
法人等種別	01 社会福祉法人(社協以外)	電話番号	012-345-6789		
(請求先)事業所名称	〇〇〇事業所	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	〇〇銀行		
所在地	新潟県〇〇市△△1-2-3	支店名	〇〇支店		
フリガナ(請求者)	コクホ タロウ	口座番号	普通当座	0123456	
請求者	国保 太郎	フリガナ(受領者)	コクホ タロウ		
	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	変更箇所を○で囲む	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				
4	その他()				
決定通知等の送付データの形式		PDF			
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					
住所	事業所番号が変更した際、旧事業所番号の過誤等で発生した支払を合算する場合は記載 ※2				
氏名					
備考					

※1

本届は必ず異動年月の
25日まで にご提出ください。

※2

合算を希望する場合、「旧事業所番号」、「支払先事業所番号」も併せて記載してください。

※3

口座名義等の変更時は、通帳のカタカナ名義が記載されているページの写し(コピー)を1部添付してください。

法人等の住所、代表者氏名を記載

印鑑を押印する

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 ※3

通帳の表紙の「漢字」名義人を記載

変更開始する年月を記載 ※1

例)「令和8年12月支払分」から変更する場合、『令和8年11月請求分より』