

記入される前に、必ずお読みください。

「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」記入要領（新設の場合）

《留意事項》

- ・ 島根県等に申請を行った項目については、申請どおりに記入してください。
- ・ 記入事項を訂正される際は必ず訂正印を押印ください。
- ・ 記入事項に不備がある場合は、届出を返送しますので提出前に十分確認いただきますようお願いいたします。

1. 記入箇所

別紙の項番①～⑮は、すべて記入してください。

2. 記入要領

（必須項目）

①提出年月日

届出を提出する年月日を記入してください。

②開設者住所・氏名

事業所の開設者住所、氏名を記入し、押印してください。

③事業所番号

事業所番号（10桁）を記入してください。

④事業所名称

事業所名称を記入してください。

⑤所在地

事業所所在地を記入してください。

⑥請求者（フリガナ）

請求者の名称をカタカナで記入してください。

⑦請求者

請求者の名称を記入してください。

⑧郵便番号

事業所所在地の郵便番号を記入してください。

⑨TEL

事業所の電話番号を記入してください。

⑩FAX

事業所のFAX番号を記入してください。

⑪振込先（金融機関コード、金融機関名）

障害福祉サービス費等を受領するための振込先金融機関コード及び金融機関名を記入してください。

⑫支店名（支店コード・本支店名）

障害福祉サービス費等を受領するための振込先金融機関支店コード及び本支店名称を記入してください。

⑬口座番号（口座種別・口座番号）

振込先金融機関口座の該当種別（普通・当座・その他）を○で囲み、口座番号を記入してください。

⑭カタカナ（通帳記載）

障害福祉サービス費等を受領する口座名義をカタカナで記入してください。

口座名義（漢字）と異なる場合がありますので、必ず通帳に記載されているカタカナを記入してください。

※支払いを行う際、重要な項目ですので、誤りのないようにお願いします。

⑮口座名義（漢字）

障害福祉サービス費等を受領する受領者（口座名義）を漢字等で記入してください。

⑯届出理由

届出の理由「1」を○で囲んでください。併せて旧事業所との支払を合算される場合は、「4」も○で囲んでください。

⑰請求年月

障害福祉サービス費等の請求を開始する年月を記入してください。

例) 令和7年5月提出分（令和7年4月サービス提供分）から請求を開始する場合

「令和7年5月請求分から」と記入してください。

支払合算を開始する年月を記入してください。

例) 令和7年5月提出分（令和7年4月サービス提供分）から請求を開始する場合 ※提出月の翌月の受領となります。

「令和7年6月受領分から」と記入してください。

⑱支払決定増減表等CSVデータの提供

支払決定増減表及び返戻等一覧表はPDFで提供していますが、CSVデータの提供が可能です。

- ・ CSVデータでの提供も希望される場合、「希望する」を○で囲んでください。この場合、PDFとCSVデータを提供します。
- ・ CSVデータでの提供を希望されない場合、「希望しない」を○で囲んでください。この場合、PDFのみ提供します。

（任意項目）

⑲支払合算同意

旧事業所番号欄に記入した事業所への支払いについて、当該事業所の支払いとの合算に同意する場合、住所、氏名を記入し、押印してください。

⑳旧事業所番号

⑲で同意した場合に旧事業所番号を記入してください。

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

① 令和 年 月 日 提出

島根県国民健康保険団体連合会

理事長 山本 浩章 様

開設者 住所

②

氏名

印

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関し、下記個人情報の取扱いについて同意の上、届出いたします。

事業所 番号	③	郵便 番号	⑧									
事業所 名称	④	T E L	⑨									
		F A X	⑩									
		振込先	⑪									
所在地	⑤	支店名	⑫									
		口座 番号	普通 当座 その他	⑬								
フリガナ	⑥	カタカナ (通帳記載)	⑭									
請求者	⑦	口座名義 (漢字)	⑮									
⑯届出理由(該当番号に○をつけてください)		⑰請求年月										
1	新設	令和 年 月 請求分から										
4	旧事業所との支払合算	令和 年 月 受領分から										
⑱支払決定増減表等CSVデータの提供		希望する					希望しない					
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。		旧事業所番号										
住所	⑲	印										
氏名												
		⑳										

「個人情報の取扱いについて」

提供いただく個人情報は、障害福祉サービス費の支払等に利用し、それ以外の利用、外部への委託・第三者提供はいたしません。
ただし、サービス費等の支払にあたっては、口座番号等を金融機関へ提供することとしております。個人情報の提供は任意ですが、
提供いただけない場合、適切な支払等ができなくなります。個人情報の開示等を希望される場合、下記窓口まで連絡ください。

なお、個人情報の管理責任は、個人情報保護管理者（TEL：0852-21-2113）が有します。

(お問い合わせ窓口)

〒690-0825 島根県松江市学園一丁目7番14号

島根県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 介護保険・障がい福祉係 電話：0852-61-0140