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

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

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	2									郵便番号				－							
フリガナ											所在地											
事業所名称																						
ＴＥＬ											ＦＡＸ											
フリガナ											本届に係る連絡先	TEL										
請求者												フリガナ										
												担当者名										
金融機関	金融機関コード				金融機関名						支店	支店コード			支店名							
預金種別	普通　・　当座　・　その他（　　）										口座番号											
口座名義（ｶﾀｶﾅ）																						
口座名義（漢字）																						

支払決定増減表等ＣＳＶデータの提供	希望する	希望しない
国保連合会への請求情報送信開始年月	年　　月	

○旧事業所の支払いとの合算に同意される場合は、以下をご記入の上、押印してください。

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いたします。 住所 氏名　　印	旧事業所番号									
	3	2								

「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