

「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」記入上の注意

- 島根県等(指定権者)に届け出た項目については、届出どおりに記入してください。
- は必須項目です。漏れがないよう必ず記入してください。
- 訂正箇所には二重線を引き、訂正印を押印してください。
- 記入内容に不備がある場合等は、届を返送しますので、提出前に必ず確認してください。

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

島根県国民健康保険団体連合会
理事長 山本 浩章 様

年 月 日 提出

提出日(和暦)を記入

開設者 住所
氏名 印

指定権者に届け出た「設置者」の住所及び代表者名を記入

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																	
事業所名称	所在地																
TEL	FAX																
フリガナ	本 届に係る連絡先																
請求者	TEL																
	フリガナ																
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

指定権者に届け出た事業所の名称・所在地等を記入

事業所の代表者または開設者等を記入

届出内容に関する担当者の連絡先を記入

該当するものを○で囲む

右詰めで記入

通帳(表紙の裏面)に記載されているとおりに記入(記号・濁点・半濁点は1マス使用)

PDF形式のデータに加え、CSVデータの提供も希望する場合は、「希望する」を○で囲む

請求情報を初めて国保連合会に送信する年月を記入
例) 令和7年12月にサービス提供を開始し、令和8年1月に国保連合会に請求情報を送信する場合、「令和8年1月」と記入

事業所番号の変更に伴い、旧事業所(廃止となった事業所)の過誤等による金額調整を新事業所で行う場合に記入

<提出先>
〒690-0825
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 宛