

記入例

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

令和 8 年 1 月 4 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 福祉市福祉1-2-3

氏名 福祉 春子



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	2	2	2	2	2	2	2	2	郵便番号	8	8	8	-	8	8	8	8		
フリガナ	フクシノイエシマネ										所在地	福祉市福祉5-6-7									
事業所名称	福祉の家しまね																				
TEL	7777-77-7777										FAX	7777-77-7777									
フリガナ	シャカイククシホウジンシマネフクシサービス リジチョウ フクシ ハルコ										本届に係る連絡先	TEL	6666-66-6666								
請求者	社会福祉法人しまね福祉サービス 理事長 福祉 春子											フリガナ	シマネ タロウ								
												担当者名	島根 太郎								
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						
	5	5	5	5	福祉銀行							4	4	4	福祉市役所出張所						
預金種別	普通 当座 ・ その他 ()										口座番号	1	2	3	4	5	6	7			
口座名義(カタカナ)	フ	ク	)	シ	マ	ネ	フ	ク	シ	サ	ー	ヒ	ゝ	ス							
口座名義(漢字)	社会福祉法人しまね福祉サービス 理事長 福祉 春子																				
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											令和 8 年 1 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。											旧事業所番号								
住所																			
氏名											印								
											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