

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する変更届

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									フリガナ	
											事業所名称	

届出理由	1. 請求者及び口座名義の変更	本 届に係る連絡先	TEL	
	2. 振込先金融機関及び口座番号の変更		フリガナ	
	3. 支払決定増減表等CSVデータ提供希望の変更		担当者	
	4. 旧事業所との支払合算			

※該当する理由に○を付し、以下に届出内容を記入してください。

1. 請求者及び口座名義の変更

[illegible]

2. 振込先金融機関及び口座番号の変更

変更年月		年 月 受領分から																		
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											

3. 支払決定増減表等CSVデータ提供希望の変更

変更年月	年 月 請求分から	
提供希望	1. 希望する 2. 希望しない	

4. 旧事業所との支払合算

[illegible]

「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