

「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する変更届」 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。
- 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。

島根県国民健康保険団体連合会

理事長 山本 浩章 様

提出日(和暦)を記入

年 月 日 提出

指定権者に届け出た「設置者」の住所及び代表者名を記入

開設者 住所
氏名 印

指定権者に届け出た事業所の名称等を記入

事業所番号

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
2. 振込先金融機関及び口座番号の変更
3. 支払決定増減表等CSVデータ提供希望の変更
4. 旧事業所との支払合算

本届に係る連絡先

TEL
フリガナ
担当者

届出内容に関する担当者の連絡先を記入

届出内容が有効となる年月を記入
例) 令和8年3月に請求情報を送信する分(令和8年2月サービス提供分)から変更したい場合、「令和8年4月受領分から」と記入

届出内容が有効となる年月を記入
例) 令和8年3月に請求情報を送信する分(令和8年2月サービス提供分)から変更したい場合、「令和8年4月受領分から」と記入

通帳(表紙の裏面)にカタカナ等で記載されている名義のとおり記入(記号・濁点・半濁点は1マス使用)

届出内容が有効となる年月を記入
例) 令和8年4月に請求情報を送信する分(令和8年3月サービス提供分)から変更したい場合、「令和8年4月請求分から」と記入

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、「1.希望する」を○で囲む

届出内容が有効となる年月を記入
例) 令和8年3月に請求情報を送信する分(令和8年2月サービス提供分)から合算を希望する場合、「令和8年4月受領分から」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

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する変更届

島根県国民健康保険団体連合会
理事長 山本 浩章 様

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

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
2. 振込先金融機関及び口座番号の変更
3. 支払決定増減表等CSVデータ提供希望の変更
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

変更年月

年 月 受領分から

フリガナ

請求者

口座名義

カタカナ
漢字

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

変更年月

年 月 受領分から

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

「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

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