

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する変更届

令和 8 年 4 月 15 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

例1) 請求者及び口座名義の変更

氏名 福祉 夏子



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	フリガナ	フクシノイエシマネ
											事業所名称	福祉の家しまね

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	6666-66-6666
	2. 振込先金融機関及び口座番号の変更		フリガナ	シマネ タロウ
	3. 支払決定増減表等CSVデータ提供希望の変更		担当者	島根 太郎
	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。

※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		令和 8 年 5 月 受領分から																															
フリガナ		シャカイフクシホウジンシマネフクシサービス リジチョウ フクシ ナツコ																															
請求者		社会福祉法人しまね福祉サービス 理事長 福祉 夏子																															
口座 名義	カタカナ	フ	ク	)	シ	マ	ネ	フ	ク	シ	サ	ー	ヒ	ゝ	ス																		
	漢字	社会福祉法人しまね福祉サービス 理事長 福祉 夏子																															

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。							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

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する変更届

令和 8 年 4 月 15 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

例2) 振込先金融機関及び口座番号の変更

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	フリガナ	フクシノイエシマネ
											事業所名称	福祉の家しまね

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	6666-66-6666
	2. 振込先金融機関及び口座番号の変更		フリガナ	シマネ タロウ
	3. 支払決定増減表等CSVデータ提供希望の変更		担当者	島根 太郎
	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。

※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		令和 8 年 5 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				
	4	4	4	4	福祉総合銀行			3	3	3	福祉支店				
預金種別	普通 当座 ・ その他()				口座番号		7	6	5	4	3	2	1		

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		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。		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

令和 8 年 3 月 15 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

例3) 支払決定増減表等CSVデータ提供希望の変更

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	フリガナ	フクシノイエシマネ
											事業所名称	福祉の家しまね

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	6666-66-6666
	2. 振込先金融機関及び口座番号の変更		フリガナ	シマネ タロウ
	3. 支払決定増減表等CSVデータ提供希望の変更		担当者	島根 太郎
	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。

※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	令和 8 年 4 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

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する変更届

令和 8 年 3 月 15 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

例4) 旧事業所との支払合算

氏名 福祉 春子

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	2	2	2	2	2	2	2	フリガナ	フクシノイエシマネ
										事業所名称	福祉の家しまね

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	6666-66-6666
	2. 振込先金融機関及び口座番号の変更		フリガナ	シマネ タロウ
	3. 支払決定増減表等CSVデータ提供希望の変更		担当者	島根 太郎
	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(																							

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		令和 8 年 4 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。												旧事業所番号									
住所	福祉市福祉5-6-7												3	2	2	1	1	1	1	1	1
氏名	社会福祉法人しまね福祉サービス 理事長 福祉 春子																				

「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