

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

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		郵便 番号							
事業所 名称		TEL							
		FAX							
		振込先							
所在地		支店名							
		口座 番号	普通 当座 その他						
フリガナ		カタカナ (通帳記載)							
請求者		口座名義 (漢字)							
届出理由(該当番号に○をつけてください)		請求年月							
1	新設	年 月		請求分から					
4	旧事業所との支払合算	年 月		受領分から					
支払決定増減表等CSVデータの提供		希望する			希望しない				
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します。		住所						旧事業所番号	
氏名								印	

「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 介護保険課 介護福祉係 電話：0852-21-2122