

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

① 令和 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

②

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	郵便 番号	⑧						
事業所 名称	④	TEL	⑨						
		FAX	⑩						
		振込先	⑪						
所在地	⑤	支店名	⑫						
		口座 番号	普通 当座 その他	⑬					
フリガナ	⑥	カタカナ (通帳記載)	⑭						
請求者	⑦	口座名義 (漢字)	⑮						
⑯届出理由(該当番号に○をつけてください)		⑰請求年月							
1	新設	令和	年	月	請求分から				
4	旧事業所との支払合算	令和	年	月	受領分から				
⑱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。		旧事業所番号							
住所	⑲	印							
氏名		⑳							

「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