

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	

変更 箇所	1 振込先にかかる変更 (ア 請求者及び口座名義の変更 イ 振込先及び口座番号の変更) 2 支払決定増減表等CSVデータ提供希望の変更 3 旧事業所との支払合算
----------	---

※該当する変更箇所に○をつけ、変更内容を以下に記入してください。

1 振込先にかかる変更

変更年月	年 月 受領分から											
フリガナ												
請求者												
振込先	銀行コード							支店名	支店コード			
口座 番号	普通・当座・その他					口座 名義	カタカナ (通帳記載)					
							漢字					

2 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					

3 旧事業所との支払合算

変更年月	年 月 受領分から										
支払 合算	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										
	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、介護給付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、給付費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