

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する変更届

【別紙】

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。

③ 事業所 番号	3 2	フリガナ	④
		事業所名称	⑤

⑥ 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

⑦ 変更年月	令和 年 月	受領分	から
⑧ フリガナ			
⑨ 請求者			
⑩ 振込先	銀行コード	⑪ 支店名	支店コード
⑫ 口座 番号	普通・当座・その他	⑬ 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

⑭ 変更年月	令和 年 月	請求分	から
⑮ 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

⑯ 変更年月	令和 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	⑰	⑱
	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