

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 氏名 印										旧事業所番号	

「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