

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

令和 7 年 4 月 1 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 福祉市福祉5-6-7

新設の場合

氏名 福祉 花子 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	3222222222	郵便 番号	888-8888
事業所 名称	福祉の家しまね	TEL	7777-77-7777
		FAX	7777-77-7766
		振込先	5 5 5 5 福祉銀行
所在地	福祉市福祉5-6-7	支店名	4 4 4 福祉市役所出張所
		口座 番号	普通 当座 その他 3 3 3 3 3 3 3
フリガナ	シャカイフクシホウジンフクシノイ エシマネ リジ フクシ ハナコ	カタカナ (通帳記載)	シャフク) フクシノイエシマネ
請求者	社会福祉法人福祉の家しまね 理事 福祉 花子	口座名義 (漢字)	社会福祉法人福祉の家しまね 理事 福祉 花子
届出理由(該当番号に○をつけてください)		請求年月	
1	新設	令和 7 年 5 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	
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		印	
氏名			

「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