

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 氏名 ⑰ 印	⑱

「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 介護福祉課 介護保険・障がい福祉係 電話：0852-61-0140