

<記入例>

# 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する変更届

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

## 請求者及び口座名義の変更の場合

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	3	2	2	2	2	2	2	2	2	フリガナ	フクシノイエシマネ
										事業所名称	福祉の家しまね

変更 箇所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 振込先にかかる変更	<input checked="" type="checkbox"/> ア 請求者及び口座名義の変更	<input type="checkbox"/> イ 振込先及び口座番号の変更
	<input type="checkbox"/> 2 支払決定増減表等CSVデータ提供希望の変更	<input type="checkbox"/> 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	令和 7 年 5 月 受領分から			
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			
請求者	社会福祉法人福祉の家しまね 理事 福祉 花子			
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)	シヤフク)フクシノイエシマネ
			漢字	社会福祉法人福祉の家しまね 理事 福祉 花子

### 2 支払決定増減表等CSVデータ提供希望の変更

変更年月	令和 年 月 請求分から
提供 希望	<input type="checkbox"/> 1. 希望する <input type="checkbox"/> 2. 希望しない

### 3 旧事業所との支払合算

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	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 介護福祉課 介護保険・障がい福祉係 電話：0852-61-0140

<記入例>

# 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する変更届

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

## 振込先及び口座番号の変更の場合

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	3	2	2	2	2	2	2	2	2	フリガナ	フクシノイエシマネ
										事業所名称	福祉の家しまね

変更 箇所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 振込先にかかる変更 (ア 請求者及び口座名義の変更 <input type="checkbox"/> 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	令和 7 年 5 月 受領分から											
フリガナ												
請求者												
振込先	銀行コード				福祉総合銀行				支店名	支店コード		本店
	4	4	4	4						3	3	
口座 番号	普通・当座・その他						口座 名義	カタカナ (通帳記載)				
	1	1	1	1	1	1		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	令和	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	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								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 介護福祉課 介護保険・障がい福祉係 電話 : 0852-61-0140

<記入例>

# 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する変更届

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

CSVデータ提供希望の変更の場合

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	3	2	2	2	2	2	2	2	2	フリガナ	フクシノイエシマネ
										事業所名称	福祉の家しまね

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	令和	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	令和 7 年 4 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	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			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 介護福祉課 介護保険・障がい福祉係 電話：0852-61-0140

<記入例>

# 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する変更届

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

旧事業所との支払合算の場合

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	3	2	2	2	2	2	2	2	2	フリガナ	フクシノイエシマネ
										事業所名称	福祉の家しまね

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 <input checked="" type="radio"/> 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	令和	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	令和	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	令和 7 年 5 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 福祉市福祉5-6-7 氏名 福祉 花子	印		3221111111

「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