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

青森県国民健康保険団体連合会

理事長　　高 樋　　憲 殿

開設者
住所

氏名　　　　　　　　印

給付費の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

事業所番号	0 2			連合会使用欄
法人等種別		郵便番号	－	
（請求先）事業所名称		電話番号	－　－	
		FAX番号	－　－	
フリガナ		振込先		
所在地		支店名		
		口座番号	普通 当座 その他	
フリガナ		フリガナ		
請求者		（口座名義人）受領者		

	届出理由（該当番号に〇をつけてください）	異動年月	旧事業所番号
1	新設	年　　月請求分より	
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更		
3	振込先及び口座番号の変更	※摘要	
4	その他（　　　　　　　　　　）		
Eメール			

決定通知等の送付データの形式	PDF（〇）　　CSV

備　考