

介護給付費等の請求及び受領に関する届

平成〇〇年〇〇月〇〇日 提出

岡山県国民健康保険団体連合会 御中

開設者 住所

岡山県岡山市北区桑田町〇〇ー〇

氏名 社会福祉法人 〇〇会
理事長 国保 桃太郎

印

介護給付費等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	3	3	7	0	1	2	3	4	5	6
法人種別	経営主体									
フリガナ	マルサンカクシカクサービス									
(請求先)事業所名称	〇△□サービス									
フリガナ	オカヤマキタククワタチョウ〇〇ー〇									
所在地	岡山市北区桑田町〇〇ー〇									
フリガナ	コクホ モモタロウ									
請求者	国保 桃太郎									
受領者	社会福祉法人〇〇会 理事長 国保 桃太郎									
届出理由(該当番号に○をつけてください)	異動年月									
1 新設	旧事業所番号									
2 請求者及び受領者(口座名義)の変更	年 月 請求分より									
3 請求方法の変更	口座名義人は、 預金通帳記載の名義人を記載してください。									
4 振込銀行及び口座番号の変更	届出が有効となる請求提出月を記載してください。 (サービス月ではありません)									
5 その他()	帳票を選択した場合、「免除届」が必要となります。 (新規の事業所は選択不可)									
請求媒体	7 伝送(インターネット)									
備考	口座名義人など振込について変更した場合、記載してください。									
振込先変更の場合	月末振込み分より変更									