記載例

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

大阪府国民健康保険団体連合会

理事長　様

令和　年　月　日　提出

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。

開設者　　印鑑登録印（法人印）

法人住所　大阪市中央区〇〇町〇〇丁目〇－〇

法人名　　社会福祉法人　〇〇会

役職・代表者名 理事長　国保　太郎

指定時に府・市町村にお届けどおりの、法人住所・法人名・役職・代表者名を記入の上、法務局で登録（印鑑登録）している法人印を押印
※役職漏れに注意！

① 事業所番号	② 郵便番号	③ 電話番号	④ FAX番号
27＊＊＊＊＊＊＊＊＊	123-4567	06-0000-0000	06-0000-0000

	⑤ 事業所名称
フリガナ	〇〇フクシシ゛キ゛ョウショ
漢字	〇〇福祉事業所

	⑥ 事業所所在地
フリガナ	オオサカシチュウオウク〇〇マチ
漢字	大阪市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号

届出理由	
1	新設
2	請求者及び受領者（口座名義）の変更
3	振込先金融機関及び口座番号の変更
4	その他（　　）

開設者と同じ場合は、記入不要です。
※異なる場合は、記入の上、委任状及び印鑑証明書の添付が必要です。
委任状の雛形は本会ホームページからダウンロードできます。

	⑦ 請求者名（開設者と同じ場合は、記入不要）※担当者名記入欄でも可
フリガナ	〇〇フクシシ゛キ゛ョウショカンリシャコクホシ゛ロウ
漢字	〇〇福祉事業所管理者国保次郎

振込先口座名義に関しては、金融機関に届出された通帳名義を記入してください。
カナ名義は通帳表紙の裏面に記載のとおり記入してください。
※開設者と異なる場合は、記入の上、委任状及び印鑑証明書の添付が必要です。

⑧ 振込先口座情報

銀行・支店コード		金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店	預金種別	1. 普通	2. 当座	3. その他	口座番号（右詰めで記入）	1234567
カナ名義	フク）〇〇カイ										
漢字名義	社会福祉法人〇〇会理事長国保太郎										

異動（請求）年月	支払決定増減表・返戻等一覧表の送付形式	※旧事業所番号
令和　年　月請求分より	PDF　CSV	

本会へ請求する年月を記入してください。

担当者名		連絡先電話番号（③と異なる場合）	

旧事業所番号欄に記載した事業所への支払いを、当該事業所番号の支払いと合算することに同意します。
※事業所番号が変更になった場合のみ（旧事業所の届出内容を記入してください）
事業所住所
事業所名
法人住所
法人名
役職・代表者名　　印

※　＜注意事項＞をご確認の上、ご記入ください。
※　訂正箇所には二重線を引き、法人印（届出印）を押印してください。その他の印鑑では受付できません。
※　委任状及び委任解除届の提出についてご不明な場合は事前にお問い合わせください。

＜注意事項＞

	項目	記入内容
開設者	開設者	大阪府又は市町村へ申請したとおりの法人住所・法人名・役職・代表者名
	開設者　印	法務局で登録した印鑑（印鑑証明書印）を押印する。
	届出理由	届出の理由に該当する番号を〇で囲む。
⑦請求者名	請求者名（漢字）	請求者の名称（法人名･役職名･代表者名）を記入する。 ※開設者と同じ場合は、記入不要 開設者と異なる場合には、**委任状及び委任者の印鑑証明書が必要**
⑧振込先口座情報	銀行・支店コード	金融機関コード・支店コードを記入する。 ※不明の場合、空白でも可
	預金種別	預金種別（１．普通　２．当座　３．その他）を〇で囲む。
	口座番号	振込先金融機関の口座番号を**右詰めで記入**する。
	カナ名義	**通帳表紙裏面の口座のカナ名義を記載どおりに記入**する。 ※フリガナではありません。必ず通帳の印字をご確認ください。
	漢字名義	金融機関に届出された口座名義を通帳の記載どおりに記入する。 ※開設者と異なる場合には、**委任状及び委任者の印鑑証明書が必要**
	異動（請求）年月	届出の内容が有効となる請求年月を記入する。 （例）令和６年４月サービス開始の場合は「令和６年５月請求分より」と記入
	支払決定増減表・返戻等一覧表の送付形式	基本はＰＤＦ形式で配信。別途、ＣＳＶ形式を希望の場合は「ＣＳＶ」を〇で囲む。
	担当者名	届の提出担当者名を記入する。（不備や内容確認のお電話をする場合があります）
	連絡先電話番号	担当者に繋がる電話番号を記入する。（③の電話番号と異なる場合）