

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

開設者

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

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。

① 事業所番号

② 郵便番号

③ 電話番号

④ FAX番号

フリガナ

漢字

⑤ 事業所名

指定時に府・市町村にお届け通りの、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

⑥ 事業所所在地

⑥ 事業所所在地 (つづき)

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)

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。
カナは通帳表紙裏面に記載のとおり記入してください。

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

1 2 3 4 5 6 7

カナ名義

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

令和 年 月 請求分より

決定通知等の送付データの形式

PDF

CSV

※旧事業所番号

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)

事業所住所

事業所名

法人住所

法人名

役職・代表者名

印

連合会へ請求する年月を記入

※ <注意事項>をご確認の上、ご記入ください。
※ 訂正箇所には法人印(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。

<注意事項>

	項目	記入内容
開設者	開設者	大阪府また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	大阪府または市町村へ届けた印鑑(印鑑証明書印)で押印する。
	届出理由	届出の理由に該当する番号を○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) ※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 ※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○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
	カナ名義	通帳表紙裏面の口座のカナ名義を記載通りに記入
	漢字名義	金融機関に届出された口座名義を通帳の記載通りに記入 ※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4年1月サービス開始の場合は「令和4年2月請求分より」と記入
	決定通知等の返却形式	基本はPDF形式 別途、CSV形式希望の場合CSVを○で囲む。