

「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」

印鑑変更届

令和 年 月 日提出

大阪府国民健康保険団体連合会 理事長 様

開設者	法人名	
	役職	
	代表者名	

「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」において届出した印鑑(印鑑登録印)を下記のとおり変更します。

記

事業所番号										
事業所名称										

新法人(届出)印

※印鑑は鮮明に押印してください。

本届を提出の際には、印鑑登録証明書の原本を添付してください。
※印鑑証明書は3か月以内に取得したものに限りです。