

介護給付費等の請求及び受領に関する届

県又は市町村へ届出の住所、氏名を記載ください。なお、開設者が法人の場合は、法人名及び代表者名を記載ください。

令和 4 年 6 月 1 日 提出

長野県国民健康保険団体の届出番号

介護給付費等の請求及び受領に関し、下記の通り記入・捺印のうえ届出いたします。

県又は市町村から指定された10桁の番号を記載してください。

開設者 住所 長野県長野市西長野143-8

氏名 社会福祉法人 ○○会
理事長 介護 太郎

印

法人の場合は、法人印を捺印してください。

事業所番号	2071234567																					
法人種別	社会福祉法人																					
フリガナ	○×ホウモンカイゴセンター		郵便番号	1 2 3 - 4 5 6 7																		
事業所名称	○×ホウモンカイゴセンター		TEL	0 1 2 - 3 4 5 - 1 1 1 1																		
	金融機関コードを記載してください。		FAX	0 1 2 - 3 4 5 - 1 1 1 2																		
フリガナ	ナガノケン ナガノシ ニシナガノ		振込先	0 0 0 0																		
所在地	長野県長野市西長野143-8		支店名	1 2 3																		
	支店コードを記載してください。		口座番号	普通当座別段		0 1 2 3 4 5 6																
フリガナ	カイゴ タロウ		フリガナ	フク) ○○カイ																		
(開設者) 請求者	介護 太郎		(口座名義人) 受領者	社会福祉法人 ○○会 理事長 介護太郎																		
届出理由 (該当番号に○をつけてください)			異動年月				旧事業所番号															
1	新設		年 月 日 指定																			
2	請求媒体の変更		年 月 日 10日請求分より				※摘要															
3	事業所の変更		年 月 日 日より																			
4	振込先の変更		未振込分より																			
5	その他																					
請求方法	1. 伝送 (インターネット)																					
	2. CD		3. FD				4. MO				5. 帳票 (紙)											
担当者氏名																						
備考																						

※口座情報確認のため、届出理由が1、4の場合は、預金通帳等の表紙及び見開きページ（口座名義人がカナで記載されている部分）の写しを添付してください。