介護給付費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

長野県国民健康保険団体連合会 理事長 様

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

 開設者
 名 称

 (申請者)
 住 所

代表者 氏 名

		1/1/1	1	1 µ							
事業所 番号											
法人種別							連^				
フリガナ		郵便 番号					合会使用欄				
事業所		TEL					便 用				
名称		FAX					欄				
フリガナ		振込先							銀信用		
			<u> </u>		<u> </u>				農		協
所在地		支店名								本	店
			15.17	T	T	T				支	
		口座 番号	普通 当座 別段								
フリガナ		口座名義人 (カナ)									
(開設者) 請求者		口座名義人									
※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					請求分。	より※	(摘要			
3	事業所名称・住所等の変更		<u> </u>		月	日より					
4	振込銀行、口座番号及び口座名義人の変更			年	月末振	込分よ	ŋ				
5	その他()	<u> </u>								
	1. 伝送 (インターネット)										
請求方法	2. FD (※CD含む)	3. MO		4.	帳票	(紙)					
				※平点 事業	戈30年: 美所の	3月末ま み、帳	までに 悪で(免除届 の請求7	を提りが可能	出し aでっ	た
担当者氏名		担当者連絡	先								
備考			-								

※届出理由が1、4の場合は、預金通帳等の<u>表紙・見開きページ</u>(口座名義人がカナで記載されている部分)<u>両方</u>の写しを添付してください。

※預金通帳の写しの添付が困難な場合は、振込先情報が分かる書類を添付してください。

※開設者及び代表者の確認のため、<u>謄本(登記事項証明書)</u>の写し、もしくは<u>指定権者への届</u>の写しを添付してください。