介護給付費等の請求及び受領に関する届

記載例１

６年　３　月　１５　日　　提出

長野県国民健康保険団体

介護給付費等の請求及び受領に関し、下記　　り記入・捺印のうえ届出

県又は市町村へ届出をした申請者名・申請者住所を記載してください。

申請者が法人の場合は、法人印を捺印してください。（法人でない場合は個人の印を押印してください）

開設者（申請者）　名　称　社会福祉法人〇〇会　㊞

住　所　長野県〇〇市〇〇3-8

代表者　氏　名　理事長　介護　太郎

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。

事業所番号	2071234567				
法人種別	社会福祉法人			連合会使用欄	
フリガナ	〇×ホウモンカイゴセンター	郵便番号	１２３－４５６７		
事業所名称	〇×訪問介護センター	TEL	012-345-1111		
		FAX	012-345-1112		
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 介護	銀行 信用組合 信用金庫 農協	
所在地	長野県長野市西長野１４３－８	支店名	1 2 3 長野	本店 支	
		口座番号	普通 当座 別段　0 1 2 3 4 5 6		
		口座名義人（カナ）	フク）〇〇カイ		
		口座名義人	社会福祉法人　〇〇会　理事長　介護太郎		

預金通帳等の見開きページ（口座名義人がカナで記載されている部分）を記載くださ

預金通帳等に記載されている口座名義人を正しく記載ください。

※届出理由（該当番号に〇をつけてください）		異動年月	旧事業所番号
1	新設	６年　３　月　１　日指定	
2	請求媒体の変更	年　月10日請求分より	※摘要
3	事業所名称・住所等の変更	年　月　日より	
4	振込銀行、口座番号及び口座名義人の変更	年　月末振込分より	
5	その他　（　　）		

請求方法	1 伝送（インターネット） 2．ＦＤ（※ＣＤ含む）　3．ＭＯ　4．帳票（紙） ※平成30年3月末までに免除届を提出した事業所のみ、帳票での請求が可能です		
担当者氏名		担当者連絡先	
備　考			

※届出理由が1、4の場合は、預金通帳等の表紙・見開きページ（口座名義人がカナで記載されている部分）両方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、謄本（登記事項証明書）の写し、もしくは指定権者への届の写しを添付してください。