

# 1. 請求に必要な準備

## <1> 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届 (25日締切)

新規に事業所指定を受けた後、国保連合会から最初に送付するレターパックに同封されています。

**障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届**

平成●●年●●月●●日 提出

愛知県国民健康保険団体連合会  
理事長 ●●●● 様

開設者 住所 愛知県●●市●●区●●町1-2-3  
氏名 株式会社●●●●サービス 代表取締役 申請太郎 **法人印**

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。

事業所番号	23●●●●●●●●				連合会使用欄
法人等種別	05 営利法人		郵便番号	123-4567	
(請求先)事業所名称	●●●●サービス事業所		電話番号	052-123-4567	
			FAX番号	052-123-4567	
フリガナ(所在地)	アイチケン マルマルシ マルマルク マルマル チョウ1-2-3		振込先	0 1 2 3 ●●●●銀行	
所在地	愛知県●●市●●区●●町1-2-3		支店名	4 5 6 ●●●●支店	
			口座番号	普通 当座 その他 0 1 2 3 4 5 6	
フリガナ(請求者)	カブシキガイシャ マルマルマルサービス ダイヒョウトリシマリヤク シンセイタロウ		フリガナ(受領者)	カブシキガイシャ マルマルマルサービス ダイヒョウトリシマリヤク シンセイタロウ	
請求者	株式会社●●●●サービス 代表取締役 申請太郎		受領者	株式会社●●●●サービス 代表取締役 申請太郎	
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	平成28年6月請求分より		支払先事業所番号		
2 請求者及び受領者(口座名義)の変更					
3 振込先及び口座番号の変更					
4					
決定通 旧事業					
備考					

**必ずご提出ください!**

- 給付費の振込口座登録用の書類です。
- 次月から請求したい場合は25日までにご提出ください。

振込先	0 1 2 3 ●●●●銀行
支店名	4 5 6 ●●●●支店
口座番号	普通 当座 その他 0 1 2 3 4 5 6
フリガナ(受領者)	カブシキガイシャ マルマルマルサービス ダイヒョウトリシマリヤク シンセイタロウ
(口座名義人) 受領者	株式会社●●●●サービス 代表取締役 申請太郎

口座種別もお忘れなく

フリガナは通帳のカナ(表紙裏に記載)のとおりに入力してください

異動年月…請求データを送信する月を記入してください。  
例) H28.5月サービス分⇒H28.6月請求  
未定の場合は空欄でも可

**【受領者(漢字)について】**  
通帳の漢字とカナの記載内容が不一致の場合、カナに合わせてください。  
例) <通帳> 漢字: 株式会社●●代表取締役△△  
カナ: カブシキガイシャマルマル  
⇒届の受領者(漢字)は「株式会社●●」と記載

## 届について ~こんなときは国保連合会にご連絡を~

### (1) 委任状を送付してほしい

以下の場合、委任状が必要になります

- 開設者と請求者が異なる
- 開設者と受領者（口座名義人）が異なる

これら以外の変更は  
事業所指定を受けた県または市  
にご連絡ください

### (2) 届の内容を変更したい

- 国保連合会で変更可能な項目：口座、受領者（口座名義人）、請求者
- 変更手続きの方法
  - ①届の内容に変更がある場合、お早めにご連絡ください。  
国保連合会から該当事業所の「請求および受領に関する届」を郵送します。
  - ②郵送された「請求および受領に関する届」の変更箇所を **朱書き+訂正印** にて修正し、国保連合会へご返送ください。  
※25日までに到着 ⇒ 翌月振込分より変更  
26日以降に到着 ⇒ 翌々月振込分より変更

【連絡先】 愛知県国保連合会 介護福祉室 障害福祉係  
電話：052-962-1369（直通）