

介護給付費の請求及び受領に関する届

① 年 月 日 提出

沖縄県国民健康保険団体連合会
理事長

② 開設者 住所 沖縄県
氏名 介護 太郎

印

介護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	4700000000			
法人 種別	01 社会福祉法人	経営 主体	記載不要	
フリガナ	〇〇〇ホムカイゴジギョウシヨ		郵便 番号	123-4567
(請求先) 事業所 名称	〇〇〇訪問		TEL	098-123-4567
フリガナ	ホムカイゴ		FAX	098-123-4567
所在地	沖縄県那覇市		振込先	1234 介護銀行
			支店名	567 国保支店
			口座 番号	1 普通 1234567
フリガナ	リジチヨウ カゴ タロウ		フリガナ	リジチヨウ カゴ タロウ
請求者	理事長 介護 太郎		(口座名義人) 受領者	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
⑩	①	新設	⑪	⑫
	2	請求者及び受領者(口座名義)の変更	年 月請求分より	※摘要
	3	請求方法の変更		
	4	振込先及び口座番号の変更		
	5	その他()		
請求 媒体	⑬			
⑬				
旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを、当核事業所番号の支払いと合算することに同意します。				
住所 氏名 印				
備考				

③
訂正対象外
※ 訂正がある場合は届け出機関にて変更申請をお願い致します。