

記載例

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する口座変更届

令和 5 年 3 月 15 日

福島県国民健康保険団体連合会長 様

住所 福島県福島市中町 100-1

開設者

氏名 社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護太郎

給付費の請求に関し、振込先の変更を下記のとおり記入・捺印のうえ届け出たい

印鑑例

事業所番号	0	7	【重要】 国保連合会に新規事業所として届出を提出した際の「請求及び受領に関する届」に使用した印鑑を押印。但し、改印した場合は改印後の印鑑を押印してください。 なお、印鑑を改印した場合は、改正した旨を「備考」欄に				6	※連合会使用欄							
フリガナ	ナカマチヒマワリシヨ														
事業所名	中町ひまわり障害福祉サービスセンター														
フリガナ	フクシマケンフクシマシナカマチ														
所在地	連合会に届出ている情報を記入。 島県 福島市中町 3-7 連合会に届出ている情報の変更後を記入。														
電話	024 - 523 - 2822				FAX	024 - 528 - 0989									
変更前					変更後										
フリガナ	シャ) ナカマチフクシカイ リンショウフカイゴタロウ				フリガナ	シャ) ナカマチフクシカイ リンショウフカイゴタロウ									
請求者	社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護太郎				請求者	社会福祉法人中町福祉会 理事長 介護一郎									
振込先金融機関	銀行 中町中央 信用金庫				振込先金融機関	銀行 国保 信用金庫									
	金融機関コード	1	2	3		4	金融機関コード	0	1	1	1				
	中町 本店 支店					本店 支店									
支店コード		1		2	1	支店コード		1		0	1				
預金種目		口座番号(右詰めで記入して下さい)						預金種目		口座番号(右詰めで記入して下さい)					
① 普通		1 2 3 4 5 6						① 普通		7 6 5 4 3 2					
2. 当座								2. 当座							
3. その他								3. その他							
カナ名義	原則、国保連合会に新規事業所として届出を提出した際の「請求及び受領に関する届」に使用した印鑑を押印してください。但し、一度でも口座変更届を提出している場合には、直近に御提出いただいた印鑑を押印してください。万が一、前回御提出された印と照合ができない場合には翌月以降の対応となりますので、御注意く														
口座名義	例) 令和5年4月15日の振込分より振込先を変更したい場合、3月25日必着で「振込先変更届」を提出する必要があります。3月25日を過ぎた場合、5月15日振込分より変更となりますので御注意ください。														
照合印	記載例の(6)を確認し、押印してください														
届出理由	1 請求者及び受領者(口座名義)の変更 ② 振込先及び口座番号の変更 3 その他 ()														
備考	令和 5 年 4 月 (15 日) 振込分より変更 ※振込先を変更する際は、変更月の前月25日までに国保連合会に変更届を提出してください。(振込日直前の25日必着) 令和5年3月理事長変更に伴い改印しました。														

注1. 書類に不備があった場合、翌月以降の対応となる

注2. 変更届提出の際は①振込口座通帳の表紙のコピー

なお、金融機関を変更した場合や通帳が変更さ

注3. 御記入いただいた個人情報は、障害介護給付費

注4. 第三者に情報を提供することはありません。

注5. 御記入いただくことにより、個人情報の利用に同意いただいたものとみなします。

添付する通帳のパターン

● 口座名義人変更の場合

⇒ 金融機関担当者が直接修正した通帳の表紙及びカナ名義、支店名が記載されているページのコピー

● 金融機関変更または口座番号変更等により新規通帳が発行された場合

⇒ 新・旧それぞれの通帳の表紙及びカナ名義、支店名が記載されているページのコ

ピー