

# 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	〇〇〇ホウモンカイゴジギョウシヨ	郵便 番号	123-4567	連 合 会 使 用 欄
(請求先) 事業所 名称	〇〇〇訪	TEL	098-123-4567	
フリガナ	ホウケンバ	FAX	098-123-4567	
所在地	沖縄県那	振込先	1234 介護銀行	⑤
		支店名	567 国保支店	⑥
		口座 番号	1 普通 1234567	⑦
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	⑧
④ 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	⑨
	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 年 月請求分より	⑫	
	2 請求者及び受領者(口座名義)の変更		※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 ①. 伝送(インターネット) 2. 磁気(MO) 4. 磁気(FD・CD)			
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	記載不要			
備考				