

事業所情報に変更があった場合の手続きについて

国保連合会に登録されている事業所様の情報について変更が生じる場合、『障害福祉サービス費等請求及び受領に関する届(変更届)』の提出が必要となります。

変更がある月の前月の20日(土日祝祭日にかかる場合はその前の平日)までに変更届を提出(送付)してください。
なお、それ以降になる場合はあらかじめご連絡ください。

※県(市町村)への申請内容(開設者あるいは所在地・電話番号等)に変更が生じる場合、申請先へ届出した後、直ちに国保連合会に変更届を提出してください。

1. 提出書類(必須)

・障害福祉サービス費等請求及び受領に関する届(変更届)

* 変更届は各事業所番号ごとに必要となります。

2. 添付書類 下記に該当する場合、必要となります。

◆口座情報に変更がある場合(記入例にて、④ ⑤ ⑥ ⑧ ⑨のいずれかに変更がある場合)

→ 通帳の表紙 と 裏表紙(カナの名義が確認できるページ)の写し

* ネットバンク等で通帳がない場合は、銀行から口座の証明ができるものを取り寄せ、添付してください。

◆開設者と受領者が異なる場合(官公庁は除く)

→ 委任状 と 印鑑証明書

* 印鑑証明書は原本で過去3ヶ月以内のもの

* 委任状は p.4 委任状作成例 参照

3. 送付(連絡)先

〒263-8566

千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3号

千葉県国民健康保険団体連合会

介護保険課 障害者総合支援担当

TEL: 043-254-7452

記入例

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届(変更届)

千葉県国民健康保険団体連合会

理事長
岩田 利雄

様

①

平成 28 年 4 月 × 日 提出

②

開設者住所 〒263-0000 千葉市稲毛区0-0
名称 社会福祉法人〇〇

役職・氏名 理事長 国保太郎

③ 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	1 2 × × × × × × × ×							連 合 会 使 用 欄	記 入 不 要		
法人等 種別	記入不要									電話 番号	FAX 番号
(請求先) 事業所 名称	〇〇事業所										
フリガナ (所在地)	チバシナケクテンダイ〇ハンチ〇チョウメ									振込先	④ 1 2 3 4 〇〇銀行
所在地	千葉市稲毛区天台〇番地〇丁目							支店名	⑤ 1 2 3 〇〇支店		
フリガナ (請求者)	⑦	シャカイフクシホウジン〇〇 リジチョウ コクホタロウ					フリガナ (受領者)	⑧	フク)〇〇		
請求者	⑦	社会福祉法人〇〇 理事長 国保太郎					(口座名義人) 受領者	⑨	社会福祉法人〇〇 理事長 国保太郎		
⑩	届出理由(該当番号に〇をつけてください)							異動年月			
①	請求者及び受領者(口座名義)の変更							※受領者・振込先変更の場合、以下記載ください。			
②	振込先及び口座番号の変更							⑪	平成 28 年 4 月 請求 (5 月振込から変更)		
③	その他(事業所所在地変更)										
決定通知等の送付データ形式	⑫							FDF	CSV		
備考	※開設者の電話番号及びFAX番号に変更がある場合は、この欄に新しい電話番号等を記入してください。										

●障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届(変更届)の記入方法

★太枠部分の提出年月日、開設者欄、事業所番号、事業所名称、届出理由は必ず記入してください。
その他、変更がある箇所のみ、ご記入ください。

※なお、開設者の電話番号及びFAX番号に変更がある場合は、備考欄に新しい電話番号等を記入してください。

★事業所情報(事業所名称や所在地等)や開設者情報に変更がある場合、届出理由の「3. その他」を○で囲み、具体的な変更理由を記入してください。

- ① 「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」を国保連合会に提出(送付)した日を記入してください。
- ② 開設者の住所・名称及び代表者の役職・氏名を記入してください。
例) 株式会社〇〇 代表取締役△△
- ③ 開設者(法人)印を押してください。 ※県(市町村)に申請した際に使用した印鑑
- ④ 振込先金融機関の4桁の金融機関番号及び名称を記入してください。
- ⑤ 振込先金融機関の通帳に記載されている3桁の支店番号と支店名称を記入してください。
- ⑥ 該当預金種目(普通・当座・その他)を○で囲み、7桁の口座番号を記入してください。
- ⑦ 請求者の名称とフリガナを記入してください。
例1 株式会社〇〇 代表取締役△△
例2 施設長△△
- ⑧ 通帳の裏表紙等にカタカナで記載されている受領者(口座名義人)の名称を記入してください。
* ネットバンク等で通帳がない場合は、銀行から口座の証明ができるものを取り寄せ、その用紙で口座名義を確認してください。
- ⑨ 給付費等を受領する受領者(口座名義人)の名称を記入してください。
例) 株式会社〇〇 代表取締役△△

* 受領者が開設者と異なる場合は **委任状** と **印鑑証明書** の提出が必要です。
例) 開設者: 社会福祉法人〇〇 理事長 国保太郎
受領者: 社会福祉法人〇〇 施設長 千葉花子
- ⑩ 届出の理由に該当する番号すべてを○で囲んでください。
- ⑪ 振込先(④ ⑤ ⑥ ⑧ ⑨ のいずれか)に変更がある場合のみ、異動年月を記入してください。
例) 平成28年 4月請求(5月振込から変更)
- ⑫ PDF形式での決定通知等の送付データは全事業所に送信いたします。
CSV形式でもデータ送信希望の場合は「CSV」を○で囲んでください。

●委任状の作成例

官公庁以外で、開設者と受領者が異なる場合のみ作成してください。

* 複写の提出は不可

<h1>委任状</h1>		受任者(受領者)の氏名
<p>私儀都合により〇〇〇〇〇〇を以って代理人と定め、 下記の権限を委任します。 なお、本委任を解除する場合には、書面にて届出をいたします。</p>		
記		
委任事項	障害介護給付費等の受領に関すること	
平成 年 月 日		
委任者 住所		
氏名		⑩
受任者 住所		
氏名		⑩
千葉県国民健康保険団体連合会理事長様		
※必ず印鑑登録された印を使用し、印鑑証明書を添付してください。		