

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)

年 月 日 提出

千葉県国民健康保険団体連合会

開設者住所
名称

理 事 長

様

役職・氏名

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											連 合 会 使 用 欄		
法人等 種別			郵便 番号										
(請求先) 事業所 名称				電話 番号									
				FAX 番号									
フリガナ (所在地)				振込先									
所在地				支店名									
				口座 番号	普通 当座 その他								
請求者 (フリガナ)				口座名義人 (カタカナ)									
請求者				口座名義人									
	届出理由(該当番号に○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。 令和 年 月 請求 (月 振込から希望)									
2	振込先及び口座番号の変更												
3	その他()												
決定通知等の送付データの形式				PDF CSV									
備 考													

委任状

私儀都合により 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。

記

委任事項 障害介護給付費等の受領に関すること

令和 年 月 日

委任者 住所

氏 名

印

受任者 住所

氏 名

印

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。