

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する書類等の取扱いについて

<新規事業所の場合>

三重県より本会に対し通知が届き次第「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」等を送付いたしますので、記載例を参考にしてすべてご記入いただき、本会介護保険課宛に**郵送**でご返送ください。

また、予め印字されている内容は、貴事業所が県へ届出を行った際の情報に基づいて出力されています。出力されている内容に誤りがないかご確認ください。修正を希望される場合は、県へ届出内容の訂正を申請してください。

なお、振込み処理を正確に期するため、**通帳のコピー等振込先の確認ができる書類を添付してください。**

<変更の場合>

○当ホームページより届出用紙をプリントアウトしてご使用ください。

○以前にいただいております届出と差替えますので**変更箇所以外も全てご記入下さい。**

○振込先を変更される場合、振込月の**前月20日まで**に届出の提出をお願いします。

※例：5月振込分（4月請求分）より変更を行いたい場合は4月20日〆切

口座の変更手続きを先に行われた場合、振込ができない場合がありますのでご注意ください。なお、振込み処理を正確に期するため、**通帳のコピー等振込先の確認ができる書類を添付してください。**

<記入における留意点>

1. 「事業所名称」、「開設者氏名」、「所在地及び TEL・FAX」は県への届どおりにご記入ください。
右上開設者欄には会社名または法人名・代表者名を記入してください。
2. 「口座名義人」欄は通帳どおり全てご記入ください。
3. 「請求者」欄は役職名及び代表者氏名までご記入ください。
4. 事業所の開設者と介護報酬の請求及び受領者が異なる場合は、**委任状**が必要となります。また、委任者の変更がある場合は、**委任解除届**も必要となりますので合わせてご提出ください。

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

年 月 日 提出

三重県国民健康保険団体連合会
理事長 亀井 利克 様

開設者 住所
氏名



介護給付費等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										
法人 種別			経営 主体							連 合 会 使 用 欄
フリガナ			郵便 番号							
(請求先) 事業所 名称			TEL							
			FAX							
フリガナ			振込先							
所在地			支店名							
				口座番号	1:普通					
			2:当座							
			9:その他							
フリガナ (請求者)			フリガナ (受領者)							
請求者			(口座名義人) 受領者							
	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					
1	新設		年 月 請求分より		※摘要					
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更									
3	振込銀行及び口座番号の変更									
4	その他()									
決定通知等のデータの形式			PDF		CSV					
旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いを当該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										
振込先変更の場合 年 月 振込分より変更										

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

年 月 日 提出

三重県国民健康保険団体連合会
理事長 亀井 利克 様

開設者 住所〒514-0000 津市桜橋〇丁目△番地
氏名 社会福祉法人〇〇会こくほ介護事業所 (印)
代表 国保 太郎

介護給付費等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

県に届け出たとおりに開設者(申請を行った事業者)の住所・氏名(会社名等・役職名を含む)を記入。印はシャチハタ不可。

事業所番号		経営主体		連合会使用欄	
法人種別	記入不要		記入不要		記入不要
フリガナ	コクホカイゴジギョウシヨ	郵便番号	514-△△△△		
(請求先)事業所名称	こくほ介護事業所	TEL	059-△△△-6500		
		FAX	059-△△△-4166		
フリガナ	ツシクラバシ〇チョウメ△バンチ	振込先	9 9 9 9 コクホ銀行		
所在地	津市桜橋〇丁目△番地	支店名	9 9 9 桜橋支店		
		口座番号	1 普通 2:当座 9:その他 9 9 9 9 9 9 9		
フリガナ(請求者)	コクホ タロウ	フリガナ(受領者)	カ〇〇カ 〇〇カ 〇〇カ 〇〇カ 〇〇カ 〇〇カ		
請求者	国保 太郎	(口座名義人)受領者	社会福祉法人〇〇会こくほ介護事業所 代表 国保 太郎		

県に届け出た電話番号およびFAX番号を記入

介護給付費等を受領する為の振込先金融機関および本支店のコード番号と名称を記入

県に届け出た事業所の住所を記入

通帳に記載のとおり記入

代表者の役職および氏名を記入

事業所番号が変更となる場合で、旧事業所番号への支払いを当該事業所へ行う場合はどちらも記入してください

決定通知等の送付データは PDF が基本となりますが、あわせて CSV 形式も希望される場合は CSV に〇をしてください。

振込先を変更する場合は、こちらもご記入ください。

注意事項

- ★新規の場合は、記載されている名称等を確認したうえ空欄部分を記入してください。
- ★変更の場合は、変更箇所だけでなく記入不要欄以外すべて記入してください。
- ★開設者と請求者、開設者と受領者が異なる場合は、それぞれ委任状の提出が必要となります。なお、委任の解除または委任(受任)者変更の場合は、委任解除届の提出が必要となります。

委 任 状

をもって代理人と定め 年 月 サービス提供分（所定期日までに併せて請求する月遅れ分を含む） から下記の権限を委任いたします。

記

委任事項

1. 障害福祉サービス費等の請求に関すること。
1. 障害福祉サービス費等の受領に関すること。

年 月 日

委任者 住 所

名 称

開設者

印

上記の件承諾致しました。

受任者 住 所

氏 名

印

三重県国民健康保険団体連合会
理事長 亀 井 利 克 様

(注) 上記の「委任事項」で不要事項があれば抹消し捺印してください。

《記入例》

委任状

受任者となる方（個人名もしくは法人代表者名）をご記入ください。

をもって代理人と定め 年 月 サービス提供分（所定期日までに併せて請求する月遅れ分を含む） から下記の権限を委任いたします。

記

委任事項

- 1. 障害福祉サービス費等の請求に関する事。
- 1. 障害福祉サービス費等の受領に関する事。

請求のみ、又は、受領のみを委任される場合は、該当しない一方を二重線で消去してください。

※受領に関する届に押印した印鑑と同じもので押印してください。

年 月 日

委任者 住所
名称
開設者

変更があった場合は、新しく開設者に就任された方を、変更がない場合は、以前からの開設者の方をご記入ください。

印

上記の件承諾致しました。

受任者 住所
氏名

変更があった場合は、新しく請求、受領を委任された方を、変更がない場合は、以前から委任されている方をご記入ください。

印

三重県国民健康保険団体連合会
理事長 亀井利克 様

受任者となる方（個人名もしくは法人代表者名）の印鑑を押印してください。

(注) 上記の「委任事項」で不要事項があれば抹消し捺印してください。

委任解除届

をもって代理人と定め下記の権限を委任しておりましたが、 年 月
サービス提供分（所定期日までに併せて請求する月遅れ分を含む） からその委任を解除いたしますので、
連署のうえお届けします。

記

委任事項

1. 障害福祉サービス費等の請求に関すること。
1. 障害福祉サービス費等の受領に関すること。

年 月 日

委任者 住 所

名 称

開設者

印

上記の件承諾いたしました。

受任者 住 所

氏 名

印

三重県国民健康保険団体連合会

理事長 亀 井 利 克 様

(注) 上記の「委任事項」で不要事項があれば抹消し捺印してください。

《記入例》

委 任 解 除 届

受任者の方をご記入ください。をもって代理人と定め下記の権限を委任しておりましたが、 年 月 サービス提供分（所定期日までに併せて請求する月遅れ分を含む） からその委任を解除いたしますので、連署のうえお届けします。

記

委任事項

- 1. 障害福祉サービス費等の請求に関すること。
- 1. 障害福祉サービス費等の受領に関すること。

請求のみ、又は、受領のみを委任される場合は、該当しない一方を二重線で消去してください

年 月 日

委任者 住 所

名 称

開設者

以前からの開設者の方をご記入ください

※以前に委任状へ押印している印鑑と同じもので押印してください。

印

上記の件承諾いたしました。

受任者 住 所

氏 名

変更があった場合、以前請求、受領を委任されていた方を、変更がない場合は、現在委任されている方をご記入ください。

印

三重県国民健康保険団体連合会

理事長 亀 井 利 克 様

(注) 上記の「委任事項」で不要事項があれば抹消し捺印してください。