

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

～記入例及び記載要領～

兵庫県国民健康保険団体連合会
介護保険課

記載要領

① 開設者の住所・氏名・印

- 申請（開設）者として、法務局、県（市町）に申請し指定された住所（主たる事務所の所在地）・名称・代表者名を記入し、申請の際に使用された印鑑（印鑑登録印）を押印してください。

② 事業所番号 ※

- 県（市町）の指定時に付番された事業所番号をご記入ください。

③ 法人種別 ※

- 県（市町）への申請内容と同様のものをご記入ください。
- 種別については、以下のとおりです。

01. 社会福祉法人（社協以外）	09. その他法人
02. 社会福祉法人（社協）	10. 地方公共団体（都道府県）
03. 医療法人	11. 地方公共団体（市町村）
04. 民法法人（社団・財団）	12. 地方公共団体（広域連合・一部事務組合等）
05. 営利法人（株式会社・有限会社）	13. 非法人
06. 非営利法人	14. 国立施設
07. 農協	99. その他（個人の診療所等）
08. 生協	

④ 事業所名称 ※

- 事業所名称は、県（市町）へ申請し指定された正式名称をご記入ください。（一字でも異なるようご注意ください。）

⑤ 所在地※ 及びフリガナ

- 所在地は、県（市町）へ申請し指定された事業所の所在地をご記入ください。
- 所在地のフリガナは、カタカナでご記入ください。

⑥ 請求者及びフリガナ

- 請求者の名称及びそのフリガナ（カタカナ）をご記入ください。
- 開設者と請求者が異なる人の場合は、別途「委任状」と開設者の印鑑証明書の提出が必

要となります。

⑦ 郵便番号・TEL・FAX ※

- 事業所の郵便番号・電話番号・FAX番号をご記入ください。

⑧ 振込先金融機関・支店・口座種別・口座番号・受領者（口座名義人）及びフリガナ

- 国保連合会から振り込まれる障害福祉サービス費の振込先金融機関名（郵便局は不可）・金融機関コードをご記入ください。（金融機関コードは分かる範囲で構いません。）
- 支店コード・支店名をご記入ください。（支店コードは、通帳に記載されております。）
- 口座種別は、「普通」、「当座」、「その他」のいずれかに必ず○をしてください。
（「その他」の場合は、備考欄に詳しい種別をご記入ください。）
- 口座番号は、右詰で7桁の数字をご記入ください。銀行により6桁の番号の場合は、先頭に「0」を入れてご記入ください。

例) 金融機関コード及び名称 0009 三井住友銀行

支店コード及び名称 410 三宮支店

口座種別 普通

口座番号 0654321（先頭に0を入れてください）

- 受領者（口座名義人）及びフリガナは、通帳の記載どおりにご記入ください。
- 開設者と受領者（口座名義人）が異なる場合は、別途「委任状」と開設者の印鑑証明書の提出が必要となります。
- ※ 法人開設者については、必ず法人口座を指定してください。個人口座は認められません。

⑨ 届出理由

- 初めて介護の事業所として指定事業所番号を付番された場合、または事業所番号が変更になり、新たに事業所番号の付番がある場合は、「1：新設」に○をしてください。

⑩ 異動年月

- 異動年月は、障害福祉サービス費の請求明細の提出月（受付月）です。（サービス提供月の翌月が請求月）

例) 平成20年4月1日指定事業所で、翌月に平成20年4月サービス分を請求する場合。 ⇒異動年月は、「平成20年5月請求分より」となります。

⑪ 旧事業所番号

- 所在地や法人種別の変更等により、新たに事業所番号が付番された場合は、この欄に前の事業所番号をご記入ください。

⑫ 支払先事業所番号

- 事業所番号と同様のため空白となります。

⑬ Eメール

- 電子請求受付システムからのお知らせをメールで受信する場合に記載します。
(メールで受け取れる通知)

メール名	説明
取り下げ結果通知	取り下げ依頼を行った結果、受理・不受理が確定した時点で送信されます。
返戻関連書類受信可能通知	返戻通知等が取得可能になった時点で送信されます。
支払通知書等受信可能通知	支払通知等が取得可能になった時点で送信されます。
お知らせ到達通知	国保連合会からのお知らせが届いた段階で送信されます。
パスワード変更通知	事業所がパスワードを変更した場合に、送信されます。
IDロック通知	電子請求受付システムに接続する際、同一日に連続してパスワードを3回間違えて入力したとき等、事業所IDがロックされた場合に送信されます。
通知文書未取得通知	通知文書発行から1か月経っても、通知文書が取得されていない場合に送信されます。

⑭ 決定通知書等の送付データの形式について

CSVファイルでも通知を希望の場合は「CSV」に○をして下さい。

⑮ 旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いと当該事業所番号の支払いの合算について

旧事業所番号欄に記載した事業所番号への支払いと、当該事業所番号への支払いとの合算については、本会では取り扱いませんので、記載は不要です。

注 意 事 項

* 委任状について

- 「請求者」及び振込先金融機関の口座の「受領者」(口座名義人)が開設者本人以外の場合は、別途「委任状」の提出が必要となります。「障害福祉サービス費等の請求及び受領

に関する届」の提出の際に併せてご提出ください。

また、その際、開設者の印鑑証明書(原本)を添付してください。

* 届出の提出について

- この届は、1つの事業所番号で1枚の提出となります。
1事業所で複数のサービスを行っている場合でも、事業所番号が1つの場合は届出提出枚数も1枚になります。
また、1事業所で複数のサービスを行い、事業所番号もサービス毎に異なる番号を指定されている場合は、事業所番号毎にそれぞれ提出が必要となります。
- 県(市町)への申請内容(開設者あるいは所在地等)に変更等が生じた場合は、お近くの県民局(保険者指定の事業所の場合は市町)へ届出してください。その後、国保連合会に変更届を送付して下さい。
- 振込先あるいは請求方法等に変更が生じた場合は、国保連合会へ直接ご連絡ください。

* 事業所番号等の※のついてる項目について

- 送付時に記載されている項目については、事業所届出情報と相違のある場合は、赤字で訂正のうえ、送付して下さい。

◇お知らせ◇

- * 毎月の障害福祉サービス費請求の提出は、**毎月1～10日まで**となっております。
- * インターネット請求では請求の受付期間中であれば土日・祝日問わず24時間請求することができます。
- * 障害福祉サービス費の支払いは、障害福祉サービス費の請求明細書提出月の翌月15日となります。(15日が土曜日の場合は前日、日曜日の場合は翌日となります。)

(届出に関するお問合せ先又は送付先)

〒650-0021
神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号
兵庫県国民健康保険団体連合会介護保険課 審査支払係
TEL 078-332-9406 FAX 078-332-9520

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

兵庫県国民健康保険団体連合会

理事長 矢田 立郎 様

開設者

住所

①

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	②				連合会 使用欄
法人等種別	③	郵便番号			
(請求先)事業所名称	④	電話番号	⑦		
		FAX番号			
フリガナ			振込先		
所在地	⑤		支店名	⑧	
			口座番号	普通 当座 その他	
フリガナ	⑥		フリガナ		
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		⑩ ※摘要	⑪	
2	⑨ 請求者及び受領者(口座名義)の変更			⑫ 支払先事業所番号	
3	振込先及び口座番号の変更				
4	その他 ()				
Eメール	⑬				
決定通知等の送付データの形式			⑭ 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。					
⑮ 住所			氏名	印	
備考					

委任状

事業所番号

事業所名称

都合により、
をもって代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

委任事項

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

なお、本委任状を解除する場合には、双方連署の上届のない限りその効力のないことを誓約いたします。

平成 年 月 日

委任者 住 所

氏 名

印

上記の委任の件承諾いたしました。

受任者 住 所

氏 名

印