

# 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  
介護福祉課

## 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（法人住所）・名称・役職・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。

### 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・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7桁未満の番号の場合は、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。
- ・**必ず通帳コピー(カナが分かる部分と表紙の両方)を添付して返送してください。**
- ・開設者と受領者（口座名義人）が異なる場合は、別途「振込口座確認書」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

- ・初めて障害者総合支援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（審査月）です。（サービス提供月の翌月が請求月）  
例) 平成19年9月1日指定事業所で、翌月に平成19年9月サービス分を請求する場合。

⇒異動年月は、「平成 19 年 10 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 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、記載の必要はありません。

## 注 意 事 項

#### \* 振込口座確認書について

- ・開設者が本人以外の者に請求や振込先金融機関の口座の受領（口座名義人）を指定した場合には、別途「振込口座確認書」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。  
様式及び記載要領については、国保連合会にお問い合わせください。

#### \* 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（市町）へ届出し、国保連合会へご連絡ください。その後、国保連合会より変更届を送付します。
- ・振込先の変更（受領者（口座名義人）の変更、振込先及び口座番号の変更等）が生じた場合は、国保連合会へ直接ご連絡ください。

## ◇お知らせ◇

- \* 障害福祉サービス費請求明細書の提出は、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(原則)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

介護福祉課 障害福祉係

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

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		
			F A X 番号			
フリガナ	⑤		振込先			
所在地			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			
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	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	
	新設		⑩ ※摘要		⑪	
	請求者及び受領者(口座名義)の変更				⑫	
	振込先及び口座番号の変更					
	その他 ( )					
決定通知等の送付データの形式			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。						
⑬	住所		氏名		印	
備 考						

