

(事業所 → 国保連合会【FAX番号：076-261-5190】)

依頼書提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

「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) 送付依頼書

事業所番号	
事業所名	
担当者名	
電話番号	

標記届について、下記に示した箇所を変更しますので、届出用紙の送付をお願いします。

[変更箇所]

<input type="checkbox"/>	開設者の住所及び氏名の変更
<input type="checkbox"/>	請求者の変更
<input type="checkbox"/>	振込銀行及び口座番号等の変更
<input type="checkbox"/>	口座名義の変更
<input type="checkbox"/>	その他の変更 (_____)

変更箇所に○を付してください。

注) 基本情報(事業所名称、郵便番号、所在地)の変更については、県または金沢市(金沢市所在の事業所)へ変更を行う必要があります。