

【請求及び受領に関する届出記入例（新規届出用）】

- ◆ 受領者口座名義（カナ）の入力内容に誤りがある場合は、振込ができませんので、口座名義を確認のうえ必ず入力してください。
- ◆ 入力内容に不備がある場合、必要書類の添付がない場合は、届出を差戻しますので、送信前に入力内容等に不備がないか確認してください。

事業所番号	1311111111	
届出理由	新設	
請求者	氏名（カナ）※半角	イチロウ イチロウ
	氏名（必須）	代表 一部
振込先	金融機関コード（必須）	0000
	支店コード（必須）	000
	口座種目（必須）	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> その他
	口座番号（必須）	1234567
受領者	口座名義（カナ）※半角	イチロウ イチロウ
	口座名義（必須）	請求事業所 A
請求方法	請求媒体（必須）	伝送（インターネット）
代理請求	<input checked="" type="checkbox"/> 請求事務を代理人に委任する 当事業所は、以下の者を代理人と定め、介護保険における介護給付費等の請求事務を代理人に委任します。	
	代理人IDまたは法人名（必須）	代理事業所 A
	委任開始年月（必須）	2026 年 4 月
	委任終了年月	年 月
添付ファイル	【○○○連合会】個別運用申請書類_1311111111_請求事業所 A .pdf 削除 <input type="button" value="ファイル選択"/>	
備考	本届へのお問い合わせは、下記担当者までお願いいたします。 事業所 一部（ジギョウシヨ イチロウ） 00-0000-0001	
旧事業所番号との支払合算	<input type="checkbox"/> 以下の旧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。 旧事業所番号 <input type="text"/>	

事業所開設者、代表者、受領者等のいずれかを入力してください。

口座番号が7桁未満の場合は、先頭に0を追加して7桁で入力してください。

例1) 123456（6桁）の場合⇒0123456

例2) 12345（5桁）の場合⇒0012345

通帳の表紙裏面に記載のカタカナ表記の口座名義を入力してください。

長音はマイナス「-」、小書き文字（拗音・促音）は、大きな文字で入力してください。

例) × ヘルパーステーション⇒○ ヘルパーステーション

通帳の表紙面および通帳の表紙裏面（カタカナ表記の口座名義が記載されている箇所）のコピー等を添付してください。

通帳が存在しない口座の場合は、銀行のマイページ等で銀行名、支店名、口座番号および口座名義（カタカナ名義が確認できるもの）を印刷し添付してください。

※添付がない場合は差戻させていただきます。

事業所番号変更後に、旧事業所番号の過誤再請求や月遅れ請求があり支払を合算したい場合のみ記載してください。

戻る

次へ