|  |
| --- |
| **事業者基本情報・口座情報届出書**  **（介護保険サービス利用者負担額助成用）** |

**記入例**

江戸川区長　殿

令和５年　９月　１日

**江戸川**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 | **○○介護サービス江戸川営業所** | | | | | | | | | | |
| 介護サービスの種類 | **福祉用具貸与** | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** | **８** | **９**  代表者の印鑑を押してください。原則として社判やスタンプ印（シャチハタ印）は不可です。 | | **０** |
| 事業所の管理者の職名及び氏名 | **所長　江戸川　太郎** | | | | | | | | |  | |
| 事業所の所在地 | **〒１３２－××××**  **江戸川区中央××××** | | | | | | | | | | |
| 事業所の電話番号 | **０３－５６６２－××××** | | | | | | | | | | |

介護保険サービス利用者負担額減額助成費について、下記の口座へ振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依頼欄 | **江戸川** | | | 銀行  信用金庫  信用組合 | | **江戸川** | | 本店  支店  出張所 | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | | | 1.普通預金  2.当座預金  3.その他 | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **１** | **２** | **３** | | **４** | **１** | **２** | | **３** |
| フリガナ | | **ｶ)○○ｶｲｺﾞｻｰﾋﾞｽ** | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | **株式会社○○介護サービス** | | | | | | | | | | | | | | |

正式なフリガナは、通常、通帳表紙の裏に印刷されています。

* 初めて本事業を利用する場合のみご提出ください。
* 届出内容の変更がございましたら、その都度ご提出ください。
* 助成費の支給が決定した際の通知は、事業所の所在地にお送りします。