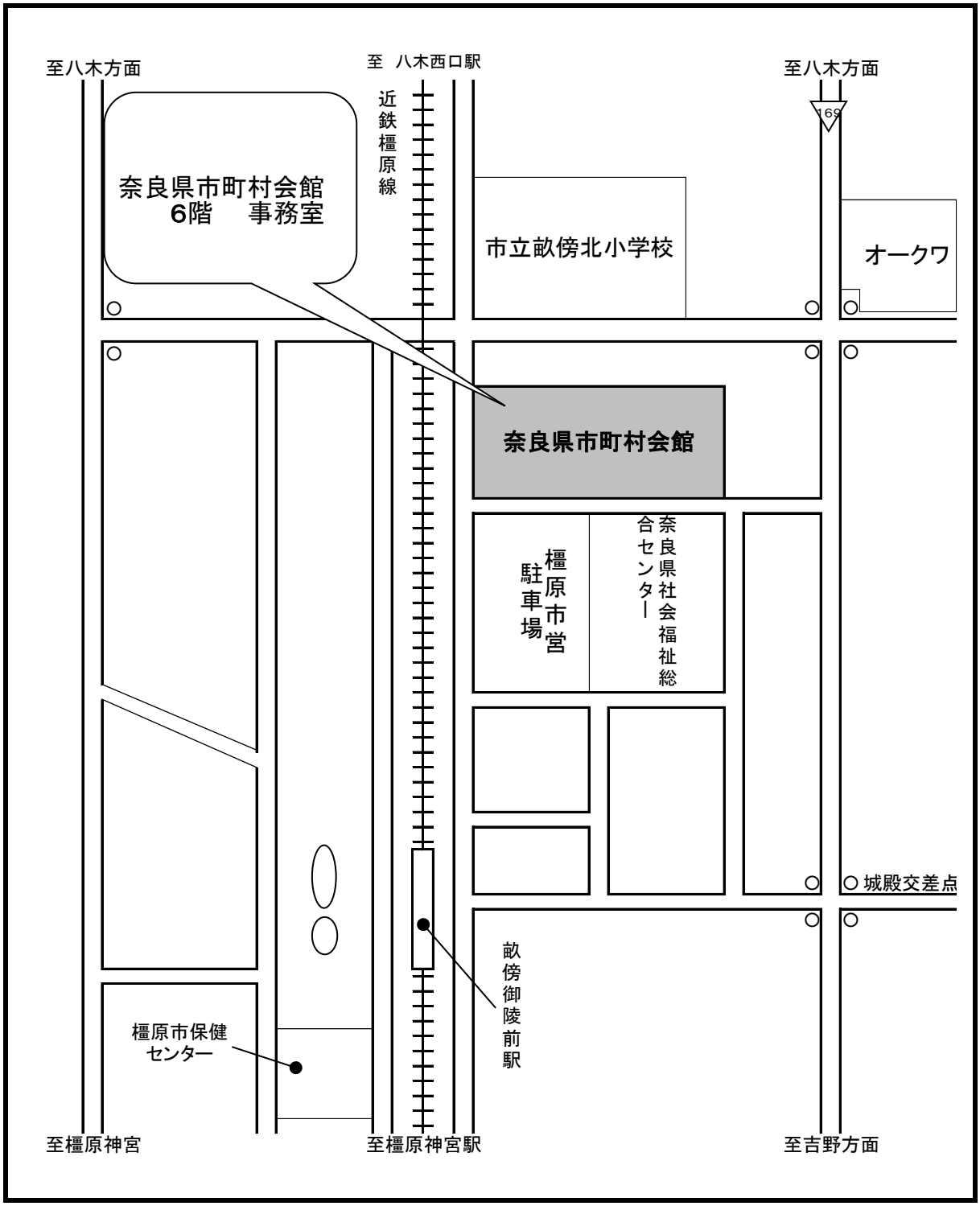
障害者総合支援給付支払等システム市町村番号一覧表

奈良県国民健康保険団体連合会

市町村番号	市町村名
292011	奈　良　市
292029	大和高田市
292037	大和郡山市
292045	天　理　市
292052	橿　原　市
292060	桜　井　市
292078	五　條　市
292086	御　所　市
292094	生　駒　市
292102	香　芝　市
292110	葛　城　市
292128	宇　陀　市
293225	山　添　村
293423	平　群　町
293431	三　郷　町
293449	斑　鳩　町
293456	安　堵　町
293613	川　西　町
293621	三　宅　町
293639	田原本町

市町村番号	市町村名
293852	曽　爾　村
293860	御　杖　村
294017	高　取　町
294025	明日香村
294249	上　牧　町
294256	王　寺　町
294264	広　陵　町
294272	河　合　町
294413	吉　野　町
294421	大　淀　町
294439	下　市　町
294447	黒　滝　村
294462	天　川　村
294470	野迫川村
294496	十津川村
294504	下北山村
294512	上北山村
294520	川　上　村
294538	東吉野村

奈良県国民健康保険団体連合会所在地



〒634-0061
奈良県橿原市大久保町302-1
奈良県市町村会館　6F
奈良県国民健康保険団体連合会
TEL:0744－29－8319(直通)

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

〇〇県国民健康保険団体連合会

理事長　　〇〇　〇〇

開設者
住所
法人名

見本

代表者 氏名　　印
（役職名）

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				連合会使用欄	
法人等種別		郵便番号			
（請求先）事業所名称		電話番号			
		ＦＡＸ番号			
フリガナ		振込先			
所在地		支店名			
		口座番号	普通 当座 その他		
フリガナ		フリガナ			
請求者		（口座名義人）受領者			

使用しないで下さい

	届出理由（該当番号に〇をつけてください）	異動年月	旧事業所番号
1	新設	年　月請求分より	支払先事業所番号
2	請求者及び受領者（口座名義）の変更	※摘要	
3	振込先及び口座番号の変更		
4	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。

住所

備　考

＜記入例＞

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

国保連→事業所

＜注意＞

網掛け部分のみ記載してください。

事業所届出されている開設者を記載ください。
※「印鑑証明」記載の内容と同じ住所、法人名、役職･代表者氏名を記載してください。

ＮＮＮＮＮＮＮＮ　様

住所　　○○市ＸＸ町・・・
法人　　株式会社○○○
役職・代表者氏名 代表取締役　申請　太郎

実印

今回捺印されます印鑑の「印鑑証明」を必ず添付してください。
今後、連合会へ提出いただく書類にはこの印鑑を使用してください。

に受領に関し、下記のとおり記入・捺印のう

事業所番号	2917654321				
法人等種別	01	社会福祉法人（社協以外）	郵便番号	999-9999	連合会使用欄
（請求先）事業所名称	ＸＸＸ事業所		電話番号	98-7654-3210	
			ＦＡＸ番号	98-7654-3211	
フリガナ	ﾏﾙﾏﾙﾏﾙｻﾝｶｸｻﾝｶｸｼﾊﾞ ﾂﾊﾞ ﾂﾏﾁ1		振込先	9 9 9 9 ○○銀行	
	○○○△△市ＸＸ町１－１		名	9 9 9 ◇◇支店	
			口座番号	普通 当座 その他　0 0 0 1 2 3 4	
フリガナ	**ｶﾌﾞｼｷｶﾞｲｼﾔ ﾏﾙﾏﾙｶｲｼﾔ　ﾘｼﾞﾁﾖｳ ｼﾝｾｲ ﾀﾛｳ**		フリガナ	**ｶﾌﾞｼｷｶﾞｲｼﾔ ﾏﾙﾏﾙｶｲｼﾔ　ﾘｼﾞﾁﾖｳ ｼﾝｾｲ ﾀﾛｳ**	
請求者	**株式会社　○○会社　代表取締役　申請　太郎**		（口座名義人）受領者	**株式会社　○○会社　表取締役　申請　太郎**	
	届出理由（該当番号に○をつけてください）		異動年月		
1	**新設**		**令和1年4月請求分より**		
2	**請求者及び受領者(口座名義)の変更**		※摘要		
3	**振込先及び口座番号の変更**				
4	**その他（　　）**				
決定通知等の送付データの形式					
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					
住所 氏名　　印					
備　考					

事業所届出されている開設者と同じ内容（法人名・役職・代表者名）を記載ください。
※開設者欄と同じ法人名、役職・代表者氏名を記載してください。

必ず口座種別（普通・当座等）を選択してください。

該当する届出理由を選択してください。

振込希望口座をご記入ください。口座については**必ず開設者（株式会社・法人等）の口座でお願いします。**

請求開始月（実際に請求がなくてもサービスを行える月）の翌月を記載してください。

平成28年4月より、開設者欄に捺印いただきました印鑑の印鑑証明のご提出をお願いしております。
連合会使用欄に赤色の「新規」印が押している場合は必ず印鑑証明のご提出をお願いします。
連合会使用欄に緑色の「変更」印が押している場合においても、「開設者や事業所名の変更があり印鑑証明の内容に変更がある」、「過去に印鑑証明をご提出いただいていない」等のケースについては印鑑証明のご提出をお願いします。

電子請求登録結果に関するお知らせ

ＸＸＸ事業所　　殿　　平成19年 6月 8日

〇〇〇国民健康保険団体連合会

障害福祉サービス費等の電子請求に関し、下記のとおり登録いたしましたので、ご連絡いたします。

事業所番号	5010000001	
住所	〒999-9999　〇〇〇△△市ＸＸ町１－１	
事業所名	ＸＸＸ事業所	
テストＩＤ	TJ5010000001	

（仮）パスワード

大文字	大文字	小文字	大文字	小文字	大文字	小文字	数字	数字	数字	数字	数字
ﾃｨｰ	ｴｲ	ﾋﾞｰ	ｼｰ	ﾃﾞｨｰ	ｲｰ	ｴﾌ	ｾﾞﾛ	ｾﾞﾛ	ｾﾞﾛ	ｾﾞﾛ	ｲﾁ
T	A	b	C	d	E	f	0	0	0	0	1

証明書発行用パスワード

小文字	大文字	数字	数字	大文字	小文字	大文字	小文字	小文字	数字	小文字	大文字
ｴｯﾁ	ｱｲ	ﾆ	ｺﾞ	ｴﾙ	ｴﾑ	ｴﾇ	ﾋﾟｰ	ｱｰﾙ	ﾖﾝ	ﾜｲ	ﾀﾞﾌﾞﾘｭｰ
h	I	2	5	L	m	N	p	r	4	y	W

サンプル

備考

・ＩＤ、仮パスワード及び証明書発行用パスワードは、他に漏洩しないよう十分な管理を行ってください
・証明書発行用パスワードは証明書発行申請（更新の申請を含む）の際に必要となりますので
　大切に保管して下さい

奈良県国民健康保険団体連合会

電子請求受付システムアドレス通知

障害者総合支援における介護給付費等の請求を行うための、電子請求受付システムのアドレスを通知致します。

■ 電子請求受付システムのアドレス(URL:Uniform Resource Locator)

http://www.e-seikyuu.jp/

（電子請求受付システムの総合窓口）

上記アドレスより、電子請求を開始するまでの準備作業（ログイン/パスワード変更/マニュアルの取得方法等）を記載した資料「電子請求をはじめる前に」が取得いただけます。

取得方法につきましては、以下の手順にて取得することができます。

①【電子請求受付システム総合窓口】画面にて 障害者総合支援の請求はこちら をクリックします。

②ログイン前の【お知らせ一覧】画面が表示されます。

画面左上にある

をクリックし、取得します。