

鹿児島県内事業所→鹿児島県国保連合会

事業所情報登録内容変更書類送付依頼書

記入日 令和 年 月 日

開設者 住所

氏名

印

事業所番号 _____

事業所名 _____

事業所住所 _____

電話番号 _____

担当者名 _____

貴会に登録されている事業所情報の内、下記情報について変更をしたいので、関係書類をお送りください。

- 開設者
- 請求者
- 障害福祉サービス費等の振込口座
(令和 年 月振込～変更)

※変更したい項目にチェックをつけること。

※事業所名称・事業所所在地・電話番号・FAX番号等の事業所届出情報に変更がある場合、所管の鹿児島県の地域振興局（鹿児島市の事業所は、鹿児島市）に届出をしてください。届出情報は、鹿児島県庁から連合会へ提供されるため、本会で請求することはできません。

【送付先】 鹿児島県国保連合会 介護保険課
TEL : 099-206-1084・1091
FAX : 099-250-4307