

(障害) 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

開設者氏名 _____

開設者住所 _____

事業所番号 _____ 事業所名称 _____

事業所住所 _____

TEL _____ FAX _____

担当者氏名 _____

<変更内容>

- 1. 開設者
- 2. 請求者
- 3. 口座情報 (令和 年 月振込分から変更)

※ 本会へ FAX 送信してください
当該依頼書を受領し次第、本会より関係書類を郵送いたします

※ 上記以外の変更を行う場合は、県または市町村へお問い合わせください

(連絡先)

鹿児島県国保連合会 介護保険課介護保険係
〒890-0064
鹿児島市鴨池新町6番地6号 鴨池南国ビル内5階
TEL : 099-206-1084・1091
FAX : 099-250-4307