

## 記載例

	申請パターン等	申請手続きの流れ	参照頁
			事務フロー等
付-23	「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」を申請する場合	新規申請をする場合	P3
付-24~27	①代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合	代理人を新規申請する場合	P15~16
付-28~31	②代理請求の追加申請(代理人が登録済みの場合)	代理請求の追加申請を行う場合	P21
付-32~38	③代理人の登録申請を行った後、法人名の変更が発生した場合	登録した代理人情報を変更する場合	P23
付-39~41	④法人名以外の代理人情報を変更する場合		
付-42~44	⑤委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合	代理請求期間(委任期間)を変更する場合	P25
付-45~48	⑥委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合		
付-49~50	電子証明書が不要となった場合等(失効手続き)	廃止等により請求を行わなくなった場合(事業所・代理人)	P31

記載例

[障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届]

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

〇〇〇国民健康保険団体連合会

開設者

理事長  
代表者氏名 〇〇 〇〇 様

住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3

氏名 申請 太郎



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。

印鑑証明のある印鑑(実印)を押印する。

事業所 番号	5010000001			連 合 会 使 用 欄	
法人等 種別	01	社会福祉法人(社協以外)	郵便 番号		999-9999
(請求先) 事業所 名称	×××事業所		電話 番号		98-7654-3210
			F A X 番号	98-7654-3211	
フリガナ	マルマルケンサンカクサンカクシカクシカクシ1-2-3			振込先	0   1   2   3 〇〇銀行
				支店名	4   5   6 ◇◇支店
所在地	〇〇県△△市◇◇1-2-3			口座 番号	普通 当座 その他 0   1   2   3   4   5   6
フリガナ	シセイ クウ			フリガナ	シセイ クウ
請求者	申請 太郎		(口座名義人) 受領者	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	旧事業所番号	
①	新設		07年10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( )				
Eメール	jigyousho@jp				
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					印
氏名					
備考					

電子請求受付システムからのお知らせをメールで受信する場合に記載する。

決定通知書等の送付データでCSVを希望する場合は、CSVに○をする。

[①代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合]

受付番号  

平成 19 年 7 月 1 日

## 電子請求受付システム 代理人登録申請書(新規)

東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 福永正通様

申請者 住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3  
(代理人) 法人名 △△△法人  
代表者 代理 次郎



障害者自立支援における介護給付費等の請求について、事業所に代わって請求を行うため、以下の通り代理人の登録を申請します。

法人名(必須)	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクホ</u> <u>△△△法人</u>	表 2-3 「押印で使用する印鑑の種類と必要な添付書類」を参照し、押印する。
役職・部署名	(カナ) <u>リジチョウ</u> <u>理事長</u>	
氏名 または代表者名(必須)	(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u>	
郵便番号(必須)	〒 <u>111-1111</u>	
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>	登録内容について確認が取れる連絡先を記載する。
電話番号(必須)	<u>999-999-9999</u>	
FAX番号	<u>999-999-9999</u>	電子請求受付システムからのお知らせをメールで受信する場合に記載する。
メールアドレス	<u>dairinin@jp</u>	
事業所番号	..... (代理人が事業所の場合に記入)	
ユーザID	テスト用	T D ..... - (他の国保連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)
	本番用	H D ..... - (他の国保連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)

<国保連合会記入欄>

受付日	平成	年	月	日	担当者	
登録日	平成	年	月	日	テスト用ユーザID	
登録日	平成	年	月	日	本番用ユーザID	

記載例

[①代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合]

受付番号  

平成 19 年 7 月 1 日

電子請求受付システム  
代理請求申請書(新規・追加・委任期間変更)

東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 福永正通様

表 2-3 「押印で使用する印鑑の種類と必要な添付書類」を参照し、押印する。

申請者 住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3  
(代理人) 法人名 △△△法人  
代表者 代理 次郎



代理人の新規登録の場合は、必要なし。

障害者自立支援における介護給付費等の請求について、下記の事業所に代わって請求を行いますので、以下の通り申請します。

(1/1)

代理人	ユーザID ※1	テスト用	T	D											-		
		本番用	H	D											-		
	法人名(必須)	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u> <u>△△△法人</u>															
	役職・部署名	(カナ) <u>リジチョウ</u> <u>理事長</u>															
	氏名 または代表者名(必須)	(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u>															
	郵便番号(必須)																
	住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>															
	電話番号(必須)	<u>999-999-9999</u>															
事業所	事業所名称	<u>〇〇事業所</u>															
	事業所番号	<u>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0</u>															
	ユーザID	テスト用	T	J	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>0</u>	-	<u>0</u>	<u>0</u>
		本番用	H	J	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>0</u>	-	<u>0</u>	<u>0</u>
	委任開始年月	平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> 月 (請求送信月)															
	委任終了年月	平成 <u>99</u> 年 <u>99</u> 月															
委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																

委任状の事業所名称を記載する。

都道府県から指定された事業所番号を記載する。

国保連合会より事業所宛に通知されたテストID、本番IDを記載する。

※1 既に代理人登録を行っている場合は、必須。

<国保連合会記入欄>

受付日	平成	年	月	日	担当者
設定日	平成	年	月	日	

委任の開始年月は請求送信を開始する年月で記入する。

委任の終了年月を取り決めない場合は、平成 99 年 99 月と記入する。

## 記載例

〔①代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合〕

平成 19 年 7 月 1 日

## 委 任 状

東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 福永正通様事業者 住所 〇〇県△△市◇◇1-1-1  
法人名 〇〇〇法人 △△会  
代表者 事業者 太郎

印

口座登録用紙に記載した事業所名称を記載する。

当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者自立支援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。

委任元 (事業所)	事業所名称	<u>〇〇事業所</u>
	事業所番号	<u>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0</u>
	委任期間	平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> 月～平成 年 月

委任期間を設定する。  
期限がない場合は、不要。

委任先 (代理人)	法人名	<u>△△△法人</u>
	役職・部署名	<u>理事長</u>
	氏名または 代表者名	<u>代表 次郎</u>

印

表 2-3 「押印で使用する印鑑の種類と必要な添付書類」を参照し、押印する。

東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉課 障害福祉係 様

平成 19年 7月 1日

# 代理請求申請書類送付状

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

今回行う代理請求の申請パターンに ■をマークする。

<申請パターン>

申請パターン	
<input checked="" type="checkbox"/> ●	パターン1 代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合
<input type="checkbox"/>	パターン2 代理請求の追加申請(代理人が登録済みの場合)
<input type="checkbox"/>	パターン3 代理人の登録申請書を行った後、法人名の変更が発生した場合
<input type="checkbox"/>	パターン4 法人名以外の代理人情報を変更する場合
<input type="checkbox"/>	パターン5 委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合
<input type="checkbox"/>	パターン6 委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合

該当個所に■をマーク

今回提出する申請書類の枚数を書類別に記載する。

<提出する申請書類>

代理人申請書	新規( 1通)	追加( 通)	変更( 通)	削除( 通)
添付書類	印鑑証明( 通)	登記簿謄本( 通)	住民票( 通)	
委任状	1通			

<担当者>

法人名(必須)	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>△△△法人</u>
役職・部署名	(カナ) <u>ダイリブ</u> <u>代理部</u>
氏名(必須)	(カナ) <u>タントウ サブロウ</u> <u>担当 三郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111-1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>
電話番号(必須)	<u>888-888-8888</u>
連絡欄	<u>不在の場合は、担当花子までお問い合わせ下さい。</u>

国保連合会への連絡事項等があれば記載する。

申請内容について確認が取れる担当者の情報を記載する。

記載例 [②代理請求の追加申請(代理人が登録済みの場合)]

受付番号

平成 19年 7月 1日

電子請求受付システム  
代理請求申請書(新規・追加・委任期間変更)

東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 福永正通様

申請者 住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3  
(代理人) 法人名 △△△法人  
代表者 代理 次郎



障害者自立支援における介護給付費等の請求について、下記の事業所に代わって請求を行いますので、以下の通り申請します。

(1/2)

代理人	ユーザID	テスト用	T D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0		
	※1	本番用	H D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0		
	法人名(必須)		(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u> <u>△△△法人</u>															
	役職・部署名		(カナ) <u>リジチョウ</u> <u>理事長</u>															
	氏名 または代表者名(必須)		(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u>															
	郵便番号(必須)		〒 <u>111-1111</u>															
	住所(必須)		(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>															
	電話番号(必須)		<u>999-999-9999</u>															
事業所	事業所名称		<u>△△事業所</u>															
	事業所番号		2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2															
	ユーザID	テスト用	T J	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-	0	0
		本番用	H J	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-	0	0
	委任開始年月		平成 <u>20</u> 年 <u>1</u> 月 (請求送信月)															
	委任終了年月		平成 <u>30</u> 年 <u>12</u> 月															
委任状の添付		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																

追加で委任する事業所を全て記載する。

※1 既に代理人登録を行っている場合は、必須。

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者	
設定日	平成 年 月 日		



〔②代理請求の追加申請(代理人が登録済みの場合)〕

追加で委任する事業所分を提出する。

平成 19 年 7 月 1 日

## 委 任 状

東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 福永正通様事業者 住所 〇〇県△△市◇◇2-2-2  
法人名 〇〇〇法人 △△会  
代表者 事業者 太郎

当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者自立支援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。

委任元 (事業所)	事業所名称	<u>△△事業所</u>
	事業所番号	<u>2 2 2 2 2 2 2 2 2 2</u>
	委任期間	平成 <u>20</u> 年 <u>1</u> 月～平成 <u>30</u> 年 <u>12</u> 月

委任先 (代理人)	法人名	<u>△△△法人</u>
	役職・部署名	<u>理事長</u>
	氏名または 代表者名	<u>代表 次郎</u>



東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉課 障害福祉係 様

平成 19年 7月 1日

## 代理請求申請書類送付状

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

## &lt;申請パターン&gt;

		申請パターン
<input type="checkbox"/>	パターン1	代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合
<input checked="" type="checkbox"/>	パターン2	代理請求の追加申請(代理人が登録済みの場合)
<input type="checkbox"/>	パターン3	代理人の登録申請書を行った後、法人名の変更が発生した場合
<input type="checkbox"/>	パターン4	法人名以外の代理人情報を変更する場合
<input type="checkbox"/>	パターン5	委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合
<input type="checkbox"/>	パターン6	委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合

該当個所に■をマーク

## &lt;提出する申請書類&gt;

代理人申請書	新規( 通)	追加( <u>1</u> 通)	変更( 通)	削除( 通)
添付書類	印鑑証明( 通)	登記簿謄本( 通)	住民票( 通)	
委任状	<u>1</u> 通			

## &lt;担当者&gt;

法人名(必須)	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>△△△法人</u>
役職・部署名	(カナ) <u>ダイリブ</u> <u>代理部</u>
氏名(必須)	(カナ) <u>タントウ サブロウ</u> <u>担当 三郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111-1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>
電話番号(必須)	<u>888-888-8888</u>
連絡欄	

## 記載例

〔③代理人の登録申請を行った後、法人名の変更が発生した場合〕

委任を受けている事業所分を提出する。

平成 19 年 7 月 1 日

## 委 任 状

東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 福永正通 様事業者 住所 〇〇県△△市◇◇1-1-1  
法人名 〇〇〇法人 △△会  
代表者 事業者 太郎

当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者自立支援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。

委任元 (事業所)	事業所名称	<u>〇〇事業所</u>
	事業所番号	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>0</u>
	委任期間	平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> 月～平成 年 月

新法人での委任期間を記載する。

委任先 (代理人)	法人名	<u>新◇◇◇法人</u>
	役職・部署名	<u>理事長</u>
	氏名または 代表者名	<u>代表 次郎</u>



記載例

[③代理人の登録申請を行った後、法人名の変更が発生した場合]

受付番号

平成 19 年 7 月 1 日

電子請求受付システム  
代理人登録申請書(変更・削除)

東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 福永正通様

申請者 住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3  
(代理人) 法人名 △△△法人  
代表者 代理 次郎

表 2-3 「押印で使用する印鑑の種類と必要な添付書類」を参照し、押印する。



旧法人で記載し、押印する。

障害者自立支援における介護給付費等の請求において、

代理人登録した内容を次のとおり ・変更したい ので申請します。  
・削除したい

ユーザID ※1	テスト用	T D <u>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0</u> - <u>0 0</u> (他の連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)
	本番用	H D <u>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0</u> - <u>0 0</u> (他の連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)
法人名(必須)		(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>△△△法人</u>
役職・部署名		(カナ) <u>リジチョウ</u> <u>理事長</u>
氏名 または代表者名(必須)		(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u>
郵便番号(必須)		〒 <u>111-1111</u>
住所(必須)		(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>
電話番号(必須)		<u>999-999-9999</u>
FAX番号		<u>999-999-9999</u>
メールアドレス		<u>dairinin@jp</u>
事業所番号		(代理人が事業所の場合に記入)

変更箇所  
に  
レ  
印

※1 既に代理人登録を行っている場合は、必須。

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者
変更・削除日	平成 年 月 日	

記載例

〔③代理人の登録申請を行った後、法人名の変更が発生した場合〕

東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉課 障害福祉係 様

平成 19年 7月 1日

# 代理請求申請書類送付状

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

<申請パターン>

		申請パターン
<input type="checkbox"/>	パターン1	代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合
<input type="checkbox"/>	パターン2	代理請求の追加申請(代理人が登録済みの場合)
<input checked="" type="checkbox"/>	パターン3	代理人の登録申請書を行った後、法人名の変更が発生した場合
<input type="checkbox"/>	パターン4	法人名以外の代理人情報を変更する場合
<input type="checkbox"/>	パターン5	委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合
<input type="checkbox"/>	パターン6	委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合

該当個所に■をマーク

<提出する申請書類>

代理人申請書	新規( 通)	追加( 通)	変更( 1通)	削除( 通)
添付書類	印鑑証明( 1通)	登記簿謄本( 1通)	住民票( 通)	
委任状	通			

<担当者>

法人名(必須)	(カナ) <u>シンシカクシカクシカクホウジン</u>
	<u>新◇◇◇法人</u>
役職・部署名	(カナ) <u>ダイリブ</u>
	<u>代理部</u>
氏名(必須)	(カナ) <u>タントウ サブロウ</u>
	<u>担当 三郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111-1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u>
	<u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>
電話番号(必須)	<u>888-888-8888</u>
連絡欄	

## 記載例

〔④法人名以外の代理人情報を変更する場合〕

受付番号

平成 19 年 7 月 1 日

電子請求受付システム  
代理人登録申請書 (変更・削除)東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 福永正通 様申請者 住所 ◇◇県○○市△△9-9-9  
(代理人) 法人名 △△△法人  
代表者 代表 三郎

印

障害者自立支援における介護給付費等の請求において、

変更後の情報を記載する。

代理人登録した内容を次のとおり ・変更したい ので申請します。  
・削除したい

ユーザID ※1	テスト用	T D <u>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0</u> - <u>0 0</u> (他の連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)		
	本番用	H D <u>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0</u> - <u>0 0</u> (他の連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)		
法人名(必須)		(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u> <u>△△△法人</u>	変更箇所には印をマークする。	
役職・部署名		(カナ) <u>リジチョウ</u> <u>理事長</u>	変更箇所には印	
氏名 または代表者名(必須)		(カナ) <u>ダイヒョウ サプロウ</u> <u>代表 三郎</u>		レ
郵便番号(必須)		〒 <u>111-9999</u>		レ
住所(必須)		(カナ) <u>シカクシカクケン マルマルシ サンカクサンカク</u> <u>◇◇県○○市△△9-9-9</u>		レ
電話番号		<u>111-111-1111</u>		レ
FAX番号		<u>111-111-1111</u>		レ
メールアドレス		<u>henkou@jp</u>		
事業所番号		..... (代理人が事業所の場合に記入)		

※1 既に代理人登録を行っている場合は、必須。

&lt;国保連合会記入欄&gt;

受付日	平成	年	月	日	担当者	
変更・削除日	平成	年	月	日		

東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉課 障害福祉係 様

平成 19 年 7 月 1 日

## 代理請求申請書類送付状

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

## ＜申請パターン＞

		申請パターン
<input type="checkbox"/>	パターン1	代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合
<input type="checkbox"/>	パターン2	代理請求の追加申請(代理人が登録済みの場合)
<input type="checkbox"/>	パターン3	代理人の登録申請書を行った後、法人名の変更が発生した場合
<input checked="" type="checkbox"/>	パターン4	法人名以外の代理人情報を変更する場合
<input type="checkbox"/>	パターン5	委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合
<input type="checkbox"/>	パターン6	委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合

該当個所に■をマーク

## ＜提出する申請書類＞

代理人申請書	新規( 通)	追加( 通)	変更( 1通)	削除( 通)
添付書類	印鑑証明( 通)	登記簿謄本( 通)	住民票( 通)	
委任状	通			

## ＜担当者＞

法人名(必須)	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>△△△法人</u>
役職・部署名	(カナ) <u>ダイリブ</u> <u>代理部</u>
氏名(必須)	(カナ) <u>タントウ サブロウ</u> <u>担当 三郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111-1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>
電話番号(必須)	<u>111-111-1234</u>
連絡欄	



記載例

[⑤委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合]

平成 19年 7月 1日

委 任 状

東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 福永正通様

事業者 住所 〇〇県△△市◇◇1-1-1  
法人名 〇〇〇法人 △△会  
代表者 事業者 太郎



当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者自立支援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。

委任元 (事業所)	事業所名称	<u>△△事業所</u>
	事業所番号	<u>2 2 2 2 2 2 2 2 2 2</u>
	委任期間	平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> ～平成 <u>21</u> 年 <u>12</u> 月

変更する委任終了年月を記載する。

委任先 (代理人)	法人名	<u>△△△法人</u>	印
	役職・部署名	<u>理事長</u>	
	氏名または 代表者名	<u>代表 次郎</u>	

## 記載例

〔⑤委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合〕

東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉課 障害福祉係 様

平成 19年 7月 1日

## 代理請求申請書類送付状

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

## ＜申請パターン＞

		申請パターン
<input type="checkbox"/>	パターン1	代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合
<input type="checkbox"/>	パターン2	代理請求の追加申請(代理人が登録済みの場合)
<input type="checkbox"/>	パターン3	代理人の登録申請書を行った後、法人名の変更が発生した場合
<input type="checkbox"/>	パターン4	法人名以外の代理人情報を変更する場合
<input checked="" type="checkbox"/>	パターン5	委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合
<input type="checkbox"/>	パターン6	委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合

該当個所に■をマーク

## ＜提出する申請書類＞

代理人申請書	新規( 通)	追加( 通)	変更( 1通)	削除( 通)
添付書類	印鑑証明( 通)	登記簿謄本( 通)	住民票( 通)	
委任状	1通			

## ＜担当者＞

法人名(必須)	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>△△△法人</u>
役職・部署名	(カナ) <u>ダイリブ</u> <u>代理部</u>
氏名(必須)	(カナ) <u>タントウ サブロウ</u> <u>担当 三郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111-1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>
電話番号(必須)	<u>888-888-8888</u>
連絡欄	

受付番号

平成 19年 7月 1日

電子請求受付システム  
代理請求申請書(新規・追加・委任期間変更)

東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 福永正通様

申請者 住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3  
(代理人) 法人名 △△△法人  
代表者 代理 次郎



障害者自立支援における介護給付費等の請求について、下記の事業所に代わって請求を行いますので、以下の通り申請します。

(1/1)

代理人	ユーザID ※1	テスト用	T D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0			
		本番用	H D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	-	0	0			
	法人名(必須)	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクハウジン</u> <u>△△△法人</u>																	
	役職・部署名	(カナ) <u>リジチョウ</u> <u>理事長</u>																	
	氏名 または代表者名(必須)	(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u>																	
	郵便番号(必須)	〒 <u>111-1111</u>																	
	住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>																	
	電話番号(必須)	<u>999-999-9999</u>																	
事業所	事業所名称	<u>△△事業所</u>																	
	事業所番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2																	
	ユーザID	テスト用	T J	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-	0	0
		本番用	H J	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	-	0	0
	委任開始年月	平成 19年 10月 (請求送信月)																	
	委任終了年月	平成 19年 12月																	
委任状の添付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																		

委任期間を変更する事業所を記載する。(申請時の内容を記載する。)

変更する委任終了年月を記載する。

委任期間を変更した委任状が必要となる。

※1 既に代理人登録を行っている場合は、必須。

<国保連合会記入欄>

受付日		担当者	
設定日			

## 記載例

〔⑥委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合〕

平成 19 年 7 月 1 日

## 委 任 状

東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 福永正通 様事業者 住 所 〇〇県△△市◇◇1-1-1  
法人名 〇〇〇法人 △△会  
代表者 事業者 太郎

当事業所は、以下の者を代理人と定め、障害者自立支援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。

委任元 (事業所)	事業所名称	<u>△△事業所</u>
	事業所番号	<u>2 2 2 2 2 2 2 2 2 2</u>
	委任期間	平成 <u>19</u> 年 <u>10</u> ~ 平成 <u>19</u> 年 <u>12</u> 月

変更する委任終了年月を記載する。

委任先 (代理人)	法人名	<u>△△△法人</u>	印
	役職・部署名	<u>理事長</u>	
	氏名または 代表者名	<u>代表 次郎</u>	

記載例

〔⑥委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合〕

委任期間の変更に伴い当該代理人のIDが不要となった場合に申請する。

受付番号

平成 19 年 7 月 1 日

電子請求受付システム  
代理人登録申請書(変更・削除)

東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 福永正通 様

申請者 住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3  
(代理人) 法人名 △△△法人  
代表者 代理 次郎



障害者自立支援における介護給付費等の請求において、  
代理人登録した内容を次のとおり 変更したい 削除したい ので申請します。

ユーザID ※1	テスト用	T D <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>0</u> - <u>0</u> <u>0</u> (他の連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)	変更箇所 に レ 印
	本番用	H D <u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>0</u> - <u>0</u> <u>0</u> (他の連合会で代理人用ユーザIDを申請している場合)	
法人名(必須)		(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>△△△法人</u>	
役職・部署名		(カナ) <u>リジチョウ</u> <u>理事長</u>	
氏名 または代表者名(必須)		(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u>	
郵便番号(必須)		〒 <u>111-1111</u>	
住所(必須)		(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>	
電話番号(必須)		<u>999-999-9999</u>	
FAX番号		<u>999-999-9999</u>	
メールアドレス		<u>dairinin@jp</u>	
事業所番号		(代理人が事業所の場合に記入)	

※1 既に代理人登録を行っている場合は、必須。

<国保連合会記入欄>

受付日	平成 年 月 日	担当者	
変更・削除日	平成 年 月 日		

## 記載例 [⑥委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合]

東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉課 障害福祉係 様

平成 19年 7月 1日

## 代理請求申請書類送付状

代理請求に関する申請書類を以下の通り送付します。

## &lt;申請パターン&gt;

		申請パターン
<input type="checkbox"/>	パターン1	代理人を新規登録し、代理請求の新規申請を行う場合
<input type="checkbox"/>	パターン2	代理請求の追加規申請(代理人が登録済みの場合)
<input type="checkbox"/>	パターン3	代理人の登録申請書を行った後、法人名の変更が発生した場合
<input type="checkbox"/>	パターン4	法人名以外の代理人情報を変更する場合
<input type="checkbox"/>	パターン5	委任期間を変更(委任終了期間を延長)する場合
<input checked="" type="checkbox"/>	パターン6	委任期間を変更(委任終了期間を短縮)する場合

該当個所に■をマーク

## &lt;提出する申請書類&gt;

代理人申請書	新規( 通)	追加( 通)	変更( 通)	削除( 1通)
添付書類	印鑑証明( 通)	登記簿謄本( 通)	住民票( 通)	
委任状	1通			

## &lt;担当者&gt;

法人名(必須)	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u>
	<u>△△△法人</u>
役職・部署名	(カナ) <u>ダイリブ</u>
	<u>代理部</u>
氏名(必須)	(カナ) <u>タントウ サブロウ</u>
	<u>担当 三郎</u>
郵便番号(必須)	〒 <u>111-1111</u>
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u>
	<u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>
電話番号(必須)	<u>888-888-8888</u>
連絡欄	



## 記載例

[代理人が証明書を失効する場合]

受付番号

平成 19 年 7 月 1 日

電子請求受付システム  
電子証明書失効申請書東京都国民健康保険団体連合会  
理事長 福永正通様申請者 住所 〇〇県△△市◇◇1-2-3  
法人名 △△△法人  
代表者 代理 次郎

下記の理由により、電子証明書の失効を申請します。

ユーザID (必須)	テスト用	T	<u>D</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>0</u>	-	<u>0</u>	<u>0</u>
	本番用	H	<u>D</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>0</u>	-	<u>0</u>	<u>0</u>
事業所名 または、法人名 (必須) ※1	(カナ) <u>サンカクサンカクサンカクホウジン</u> <u>△△△法人</u>															
代表者名または 証明書申請者名 (必須) ※1	(カナ) <u>ダイヒョウ ジロウ</u> <u>代表 次郎</u>															
郵便番号(必須)	〒 <u>111-1111</u>															
住所(必須)	(カナ) <u>マルマルケン サンカクサンカクシ シカクシカク</u> <u>〇〇県△△市◇◇1-2-3</u>															
電話番号(必須)	<u>999-999-9999</u>															
FAX番号	<u>999-999-9999</u>															
メールアドレス	<u>dairinin@jp</u>															
事業所番号	● <span style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px;">代理人の場合は、記載不要。</span>															
有効期限	平成 <u>19</u> 年 <u>7</u> 月 <u>1</u> 日～平成 <u>20</u> 年 <u>6</u> 月 <u>30</u> 日															
失効年月日	平成 <u>19</u> 年 <u>8</u> 月 <u>1</u> 日															
失効理由	<u>代理請求期間の終了に伴い証明書が不要となったため。</u>															

※1 失効する電子証明書の発行申請者が代理人の場合は、法人名、証明書申請者名を記載する。

&lt;国保連合会記入欄&gt;

受付日	平成	年	月	日	担当者
失効年月日	平成	年	月	日	手数料残高