

(国保連)資料3	H20.8.7
地域生活支援給付に係る 事業者説明会	
千葉県国民健康保険団体連合会	

事 務 連 絡
平成 20 年 8 月 7 日

事業所 各位

千葉県国民健康保険団体連合会
業務第二部 介護保険課

「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」等について（送付）
平素より、格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして下記帳票類等を送付いたしますので、ご査収ください。

インターネット請求を行うまでの準備作業（導入作業）については、CD-ROMの中にある「電子請求受付システム導入マニュアル（事業所編）」をご参照ください。

また、準備作業（電子請求受付システム、簡易入力システムの操作等）で不明な点につきましては、「電子請求受付システム導入マニュアル（事業所編）」96ページ記載のとおり、国保中央会電子請求ヘルプデスクにお問合せくださるようお願いいたします。

なお、送付した帳票のうち「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」につきましては、平成20年8月22日（金）までに郵送にて本会へご提出していただきますよう、併せてお願いいたします。

記

1 送 付 物

- ① 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届
- ② 電子請求登録結果に関するお知らせ
- ③ 電子請求受付システムアドレス通知
- ④ 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届の記載方法及び添付書類について（表裏に記載有）
- ⑤ 事務連絡等のお知らせについて
- ⑥ 障害者自立支援電子請求受付システム導入ソフトウェア・マニュアル（障害児施設給付編）（CD-ROM）

2 障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届及び添付書類の提出先等

①提出先

〒263-0016 千葉市稲毛区天台6-4-3
千葉県国民健康保険団体連合会
介護保険課 障害者自立支援担当 あて

②締切日

平成20年8月22日（金）

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

開設者
様 住所

氏名 印

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								
				F A X 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								
	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			※摘要		支払先事業所番号					
	2	請求者及び受領者(口座名義)の変更										
	3	振込先及び口座番号の変更										
	4	その他 ()										
Eメール												
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												

電子請求登録結果に関するお知らせ

×××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××町1-1										
事業所名	×××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	エイ	ビ	シー	ディ	イー	フ	ゼロ	ゼロ	ゼロ	ゼロ	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	二	コ	Il	Id	IX	ビ	アル	ヨン	ワイ	クワリ
h	I	2	5	L	m	N	p	r	4	y	W
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											

電子請求受付システムアドレス通知

障害者自立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)

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届の記載方法及び添付書類について

障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届

千葉県国民健康保険団体連合会
理事長 志賀直温 様

開設者 住所 氏名

① 年 月 日 提出

② ③ 印

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												
(請求先) 事業所 名称												
フリガナ											④	
所在地											⑤	
フリガナ	⑨										⑥	
請求者	⑧										⑦	
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 ⑩										⑪	旧事業所番号
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更											支払先事業所番号
3	請求方法の変更										※ 摘要	⑫
4	振込先及び口座番号の変更											
5	その他()											
Eメール	⑬											
決定通知等の送付データ形式											PDF ⑭ 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 氏名 印												
備 考												

★①～⑭の欄の記入をお願いします。郵送にて本会へ提出してください。

★印字済みの情報は千葉県から国保連合会に通知されたものです。この内容に誤りがある場合は訂正してください。また、名称・住所が途切れていたら記入してください。(所在地のフリガナ欄が空欄になっていますがそのまま結構です)

①「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」を国保連合会に提出(送付)する日を記入してください。

②千葉県に申請した事業所開設者住所及び氏名を記入してください。

例1 株式会社〇〇代表取締役△△
例2 社会福祉法人〇〇会 理事長△△

③開設者(法人)印を押してください。

④振込先金融機関の4桁の金融機関番号及び名称を記入してください。

⑤振込先金融機関の通帳に表示されている3桁の支店番号と支店名称を記入してください。

⑥該当預金種目(普通・当座・その他)への○の記入及び7桁の口座番号を記入してください。

⑦給付費等を受領する受領者(口座名義人)の名称を記入してください。(受領者が開設者と異なる場合は委任状<裏面に記載例あり>と印鑑証明書の提出が必要です)

例1 株式会社〇〇 代表取締役△△
例2 社会福祉法人〇〇会 理事長△△

⑧請求者の名称を記入してください。

例1 株式会社〇〇 代表取締役△△
例2 社会福祉法人〇〇会 理事長△△
例3 施設長△△

⑨請求者・受領者(口座名義人)をカナで記入してください。

⑩届出理由の番号(1.新設)に○をしてください。

⑪本会へインターネット請求を開始する年月を記入してください。

⑫支払先が異なる事業所になる場合のみ記入してください。同じ場合には記入はいりません。

⑬Eメールアドレスを記入してください。
(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ことができます)

⑭PDF形式での決定通知等の送付データは全事業所に送信いたします。
CSV形式でもデータ送信希望の場合はCSVに○をしてください。

★裏面にも記載がありますのでご覧下さい。

●「障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届」に関する
添付書類について

届出内容	必要書類
1. 新規指定事業所等	①通帳の表の写し ②委任状・印鑑証明書 (開設者と受領者が異なる場合のみ・官公庁は除く)

*印鑑証明書は原本で過去3月以内のものを添付してください。

●委任状の作成例（開設者と受領者が異なる場合のみ・官公庁は除く）
*複写の提出は不可

委 任 状	
私儀都合により ○○ ○○ を以って代理人と定め、下記の権限を委任します。 なお、本委任を解除する場合には、双方連署のうえ書面にて届出をいたします。	
記	
委任事項 1. 障害介護給付費等の受領に関すること。	受任者(受領者)の氏名
平成 年 月 日	
委 任 者 住 所 氏 名	印
受 任 者 住 所 氏 名	印
千葉県国民健康保険団体連合会理事長様	
※ 必ず印鑑登録された印を使用し、印鑑証明書を添付してください。	

開設者印(印鑑証明書と同じ印)を押してください

〒263-0016 千葉市稲毛区天台6-4-3
千葉県国民健康保険団体連合会
介護保険課 障害者自立支援担当
TEL 043-254-7452 FAX 043-254-7401

事務連絡等のお知らせについて

事業所への事務連絡等のお知らせは、全て「電子請求受付システムのお知らせ一覧」から確認していただくこととなります。

お知らせ一覧には、システムメンテナンス等の重要なお知らせが掲載されますので、必ず随時確認していただくようお願いいたします。

<お知らせの確認方法、機能詳細について>

電子請求受付システム操作マニュアル（事業所編）の35～36ページに記載がありますので、ご確認ください。

電子請求受付システム操作マニュアル（事業所編）は、電子請求受付システムよりダウンロードすることができます(配布したCD-ROMからも確認可能)。

<その他>

お知らせはログイン前とログイン後の両方の画面で表示されますが、ログイン前と後では内容が異なります。

ログイン前	国保中央会からのお知らせが、表示されます。
ログイン後	千葉県国保連合会からのお知らせが、表示されます。

⑥はじめにお読みください.txt

「障害者自立支援 電子請求受付システム 導入ソフトウェア・マニュアル 地域生活支援事業編」CD-ROMの構成

【CD-ROMの内容】

[Adobe Reader]	
AdbeRdr812_ja_JP.exe	Adobe Systems社の「Adobe Reader8.1インストーラ」
Adobe Reader.txt	Adobe Readerの説明
[マニュアル]	
①障害福祉サービス費等のインターネット請求について.pdf	電子請求受付システムの概要資料
②電子請求受付システム 導入マニュアル（事業所編）_第1.2版.pdf	電子請求受付システムの導入マニュアル
③付録 電子請求受付システム 導入チェックリスト.pdf	電子請求受付システムの導入チェックリスト
④電子請求受付システム 操作マニュアル（事業所編）_第1.2版.pdf	電子請求受付システムの操作マニュアル
⑤障害者自立支援給付支払等システム 接続確認の手引き（事業所編）_第1.1版.pdf	導入作業で行う接続確認の手引き
⑥電子請求受付システム 操作マニュアル（簡易入力）（地域生活支援編）_第1.0版.pdf	簡易入力システムの操作マニュアル（地域生活支援事業編）
⑦電子請求受付システム 操作マニュアル（簡易入力）（地域生活支援編）（付録）_第1.0版.pdf	簡易入力システムの操作マニュアル（地域生活支援事業編の付録）
⑧電子請求受付システム 操作マニュアル（簡易入力）（代理人編）_第1.2版.pdf	簡易入力システムの操作マニュアル（代理人編）
⑨電子請求受付システム（補足資料）_第1.0版.pdf	補足資料（エラーメッセージ集、用語集）
⑩簡易入力システム（よくある質問集）_第1.1版.pdf	簡易入力システムのよくある質問集
[統合インストーラ]	
電子請求受付システム 統合インストーラ (Ver1_03).exe	統合インストーラのセットアップインストーラ
[簡易入力システム]	
簡易入力【地域生活支援編】（S001）.exe	簡易入力システムのセットアップインストーラ
[簡易入力システム（代理請求）]	
簡易入力／代理請求【地域生活支援編】（S001）.exe	簡易入力システム（代理人用）のセットアップインストーラ
はじめにお読みください.txt	本ファイル

【注意事項】

- ※1 マニュアルの版数について
マニュアルについては、本CD-ROMに含まれているマニュアルが最新版となります。
マニュアルによっては、版数が第1.1版、第1.2版になっているものがありますが、
これは障害福祉サービスのインターネット請求が2007年10月より開始されており、
障害福祉サービスで使用しているマニュアルを地域生活支援事業においても共通で使用しているためです。
- ※2 【ダウンロード】画面について
電子請求受付システムの【ダウンロード】画面について、2008年7月末に変更を行う予定です。
本マニュアルに記載されている画面は、変更後の画面となりますので
7月末以前においては、実際の画面とは異なります。あらかじめご了承ください。