国保連合会　審査課　介護・障がい室　あて

介護報酬等請求にかかる事業所向け説明会申込書

下記のとおり、説明会の受講を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | **１** | **８** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 | （ｶﾅ） |
|  |
| 電話番号 |  |
| Zoomユーザ名（※１） |  |
| メールアドレス（※２） |  |
| 事業所区分（※３）（○をつけてください） | 新 | 既 |
| 受講を希望する開催月 | 月 |

（※１）説明会当日の参加者確認等のため、zoom上に表示するユーザ名は「事業所番号＋事業所名称」となるように設定し入室してください。なお、複数のアカウントで参加される場合、2アカウント目以降も、「事業所番号＋事業所名称」としてください。

（※２）zoomで使用する招待URL、ID、パスワードを当連合会からメールにて送信するため、メールアドレスを記載してください。

（※３）事業所区分

新：新規開設の事業所または連合会に介護報酬等を請求したことがない事業所

既：連合会に介護報酬等を請求したことがある事業所

お申し込みは・・・

kaigo@fukui.kokuhoren.jpあてに本申込書を添付してお申し込みください。

|  |
| --- |
| 【連絡先】〒910-0843福井県福井市西開発4丁目202-１福井県自治会館4F福井県国民健康保険団体連合会　審査課　介護・障がい室TEL　0776-57-1614　　E-mail　kaigo@fukui.kokuhoren.jp |

国保連合会　審査課　介護・障がい室　あて

**記　載　例**

介護報酬等請求にかかる事業所向け説明会申込書

下記のとおり、説明会の受講を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | **１** | **８** | **９** | **９** | **９** | **９** | **９** | **９** | **９** | **９** |
| 事業所名称 | （ｶﾅ）　　　　**エービーシージギョウショ** |
| **ＡＢＣ事業所** |
| 電話番号 | **０７７●－●●－●●●●** |
| Zoomユーザ名（※１） | **1899999999ＡＢＣ事業所** |
| メールアドレス（※２） | **●●●●●●＠●●●.ｊｐ** |
| 事業所区分（※３）（○をつけてください） | 新 | 既 |
| 受講を希望する開催月 | **７**月 |

（※１）説明会当日の参加者確認等のため、zoom上に表示するユーザ名は「事業所番号＋事業所名称」となるように設定し入室してください。なお、複数のアカウントで参加される場合、2アカウント目以降も、「事業所番号＋事業所名称」としてください。

（※２）zoomで使用する招待URL、ID、パスワードを当連合会からメールにて送信するため、メールアドレスを記載してください。

（※３）事業所区分

新：新規開設の事業所または連合会に介護報酬等を請求したことがない事業所

既：連合会に介護報酬等を請求したことがある事業所

お申し込みは・・・

kaigo@fukui.kokuhoren.jpあてに本申込書を添付してお申し込みください。

|  |
| --- |
| 【連絡先】〒910-0843福井県福井市西開発4丁目202-１福井県自治会館4F福井県国民健康保険団体連合会　審査課　介護・障がい室TEL　0776-57-1614　　E-mail　kaigo@fukui.kokuhoren.jp |