**介護給付費単位数表標準マスタ利用者申込書（兼変更申込書）・利用者ライセンス報告書**

年度更新時にはライセンス情報等に変更がない　場合でも、様式2号の提出をお願いします。

（社）国民健康保険中央会　御中

介護給付費単位数表標準マスタの利用を次の内容で申請致します。

**申込・変更・変更なし**（何れかに○）

申込日　　　　年　　月　　日

住所

団体（会社）名

代表者氏名 　　　　　 　　　　 印

※変更がない場合でも、下記黒枠内のご記入をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| **都道府県**  **コード表** | |
| コード | 都道府県名 |
| ０１ | 北海道 |
| ０２ | 青森県 |
| ０３ | 岩手県 |
| ０４ | 宮城県 |
| ０５ | 秋田県 |
| ０６ | 山形県 |
| ０７ | 福島県 |
| ０８ | 茨城県 |
| ０９ | 栃木県 |
| １０ | 群馬県 |
| １１ | 埼玉県 |
| １２ | 千葉県 |
| １３ | 東京都 |
| １４ | 神奈川県 |
| １５ | 新潟県 |
| １６ | 富山県 |
| １７ | 石川県 |
| １８ | 福井県 |
| １９ | 山梨県 |
| ２０ | 長野県 |
| ２１ | 岐阜県 |
| ２２ | 静岡県 |
| ２３ | 愛知県 |
| ２４ | 三重県 |
| ２５ | 滋賀県 |
| ２６ | 京都府 |
| ２７ | 大阪府 |
| ２８ | 兵庫県 |
| ２９ | 奈良県 |
| ３０ | 和歌山県 |
| ３１ | 鳥取県 |
| ３２ | 島根県 |
| ３３ | 岡山県 |
| ３４ | 広島県 |
| ３５ | 山口県 |
| ３６ | 徳島県 |
| ３７ | 香川県 |
| ３８ | 愛媛県 |
| ３９ | 高知県 |
| ４０ | 福岡県 |
| ４１ | 佐賀県 |
| ４２ | 長崎県 |
| ４３ | 熊本県 |
| ４４ | 大分県 |
| ４５ | 宮崎県 |
| ４６ | 鹿児島県 |
| ４７ | 沖縄県 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工業会会員番号 | | | | No. |  |  |  |  |  |
| 利用者区分 | 1. 事業所　　2.保険者   3.ベンダ　　9.その他 | 事業所番号又は保険者番号 | |  | | | | | |
| 団体（会社）名カナ |  | | | | | | | | |
| 団体（会社）名 |  | | | | | | | | |
| 代表者役職 |  | | | | | | | | |
| 代表者氏名  （契約者名） | 姓 | | 名 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **「介護給付費単位数表標準マスタライセンスに関する契約（第1条～第3条）」に基づき、利用者ライセンスを報告致します。** | | | | | | | | | | | |
| 担当部署 |  | | | | | | | | | | |
| 役職 |  | | | | | | | | | | |
| 担当者氏名 | 姓 | | | | | 名 | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　　　－ | | | | | | | 都道府県ｺｰﾄﾞ | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | |
| メールアドレス |  | | | | | | | | | | |
| ライセンスの第三者への再提供有無 （該当に○をつけて下さい） | | | 有 無 | | | | | | | | |
| 今回利用ライセンス数  （第三者へ再提供する数も含め全利用ライセンス数をご記入下さい） | | | ライセンス（変更前　　　　　ライセンス） | | | | | | | | |
| ２０２４年度利用ライセンス数 | | |  | | | | | | | | |
| ２０２３年度利用ライセンス数 | | |  | | | | | | | | |
| 申請区分 | | 1.新規 | | 2.変更 | | | 3.解除 | | | 4.変更なし | |
| 今回申請ライセンス数 | | 件 | | 件 | | | 件 | | | 件 | |
| 提出媒体（何れかに○） | | 電子メール・ＣＤ－Ｒ（1枚）・提出なし | | | | | | | | | |
| 媒体ラベル表記 | |  | | | | | | | | | |
| ファイル名 | | J2.CSV | | | | | | | | | |
| 使用許諾（ライセンス）料：　金９，０００円（税込み）  複数ライセンス及び追加ライセンス：　金６，９００円（税込み）／ライセンス | | | | | | | | | | | |

送付先：国民健康保険中央会　介護マスタ担当

　　　　〒１００－００１４　　　　東京都千代田区永田町１－１１－３５　全国町村会館内