

## 障害者総合支援電子請求受付システム問い合わせ票

お問い合わせ先 TEL 0570-059-403 E-Mail mail@support-e-seikyuu.jp FAX 0570-059-433

お問い合わせ内容等 (※ご提供頂いた個人情報は、障害者総合支援電子請求ヘルプデスクでの目的のみに使用し、他の目的には一切使用しません。)

ID種別と番号 (ご使用のIDをご記入願います。)	事業所ID	HJ1234567890	お問い合わせ日	平成 30 年 5 月 1 日
	代理人ID			
事業所名等	(フリガナ) コクホジギョウシヨ 国保事業所			
ご担当者名	(フリガナ) コクホ タロウ 国保 太郎 様 担当部署( ) 役職( )			
ご連絡先	TEL ( 03 ) 1234 - 5678 FAX ( 03 ) 9876 - 5432			
	メールアドレス kokuho@example.jp (携帯メールアドレスはお避け下さい。)			
ご使用のOS	<input checked="" type="checkbox"/> Windows® 10 <input type="checkbox"/> Windows® 8.1 <input type="checkbox"/> Windows® 7 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
ご使用のブラウザ	<input checked="" type="checkbox"/> Internet Explorer® 11 <input type="checkbox"/> Internet Explorer® 9 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
サービス種別	<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 障害児支援 <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業			
ご使用のシステム	簡易入力システム	取込送信システム	その他	
	<input checked="" type="checkbox"/> バージョン2.22 <input type="checkbox"/> バージョン2.21 <input type="checkbox"/> バージョン2.20 <input type="checkbox"/> 以前のバージョン ( )	<input type="checkbox"/> バージョン2.22 <input type="checkbox"/> バージョン2.20 <input type="checkbox"/> 以前のバージョン ( )		
お問い合わせ件名	簡易入力システムにおける請求情報送信について			
お問い合わせ内容 (どの画面で、どのような問題が発生しているかを詳しくご記入願います。)	請求情報を送信する際に入力するユーザIDは、連合会が通知するユーザIDですか。			

※ 太枠内に内容を記載し、また該当の口 にレ点を付けてください。  
いずれも回答に必要な項目となりますので、ご協力お願い致します。

Ver 2.22