

障害福祉サービス費等各帳票再発行依頼書

令和 年 月 日

茨城県国民健康保険団体連合会 御中

開設者 住 所
氏 名 ⑩

茨城県国民健康保険団体連合会から送付された通知書等について、
下記のとおり再発行をお願いいたします。

記

↓ ※ 再発行を希望する様式についてチェックしてください。

障害福祉サービス費等支払決定額通知書一式
年 月 ~ 年 月 受付分 (請求月)

福祉・介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ
年 月 ~ 年 月 受付分 (請求月)

電子請求登録結果に関するお知らせ
※右枠にチェックをしてください。 請求用 テスト・証明書発行用

電子請求代理人登録結果に関するお知らせ
※右枠にIDをご記入ください。

H	D																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

その他 ()

※ 再発行理由																						
事業所 情報	※ 事業所番号	0	8																			
	※ 事業所名称																					
	※ 所在地	〒																				
	※ 連絡先	電話番号																				
	担当者名																					
備考																						

- ※太枠の※印箇所について、必ず記載をお願いいたします。
- ※通知書等の受付分について、サービス提供月ではなく連合会受付月(請求月)を記入してください。
- ※再発行を希望する場合、この依頼書と返信用の封筒に郵便切手を貼付して同封し、下記の(送付先)にお送りください。(FAXでの送付不可)
- ※本会から郵送する際、料金(郵便切手)が足りない場合、「郵便切手」の再送付を依頼させていただきます。
- ※記載内容に不備がある場合、通知書等を発行することはできません。
- ※開設者・事業所住所以外へ送付を希望される場合は、必ず別紙「委任状」をご提出ください。

(送付先)

〒310-0852 茨城県水戸市笠原町978番26 茨城県市町村会館内
茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険課 障害福祉係 宛