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　　㊞

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　（　　）

※再発行できない帳票もございますので、上記帳票以外を希望する際には連合会へご連絡願います。

※ 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