

障がい福祉サービス費等支払決定額通知書等再発行依頼書

令和 年 月 日

岐阜県国民健康保険団体連合会 行

事業所番号 ※事業所番号ごとに記載	
事業所名	
担当者氏名	
連絡先電話番号	
再発行を依頼する帳票名を記載してください (受付月 を必ず記載してください)	

※必要な郵便料金の切手を貼付した返信用封筒を同封のうえ、下記住所宛に送付してください。

送信先: 〒500-8385

岐阜県岐阜市下奈良2丁目2番1号 岐阜県福祉・農業会館4階

岐阜県国民健康保険団体連合会

介護・障害課 障害支援係