

再 発 行 依 頼 書

依頼日 令和 年 月 日

岐阜県国民健康保険団体連合会あて
(介護・障害課 障害者支援係)

開設者
氏 名

下記の理由により、障害福祉に関する帳票の再発行を依頼します。

1	事業所番号	2	1								
2	事業所名										
3	再発行理由										
4	再発行帳票の 受付年月	(単 月の場合) 令和 年 月受付分 (複数月の場合) 令和 年 月受付分 ~ 令和 年 月受付分									
5	再発行帳票 ※希望される帳票 名に☑を記入くだ さい	1 審査決定関連通知書一式 <input type="checkbox"/> 「障害福祉サービス費等決定増減表」 <input type="checkbox"/> 「返戻等一覧表」									
		2 支払関連通知書一式 <input type="checkbox"/> 「障害福祉サービス費等支払決定額通知書」 <input type="checkbox"/> 「障害福祉サービス費等支払決定額内訳書」 <input type="checkbox"/> 「障害福祉サービス費等過誤決定通知書」 <input type="checkbox"/> 「福祉・介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ」									
6	担当者氏名										
7	連絡先	() —									

※ 再発行方法は「紙（郵送）」となり、郵送費用は依頼主様で負担していただきますので、本依頼書の郵送に必要な返信用切手又はレターパックを送付してください。

※ なお、返信用封筒の送付先は、事業所住所をご記入ください。

＜留意事項＞

- ・ 複数事業所の再発行を依頼される場合、本依頼書は事業所ごとに作成をお願いします。
- ・ 返信用封筒の切手の料金不足が発生した場合、不足額については、受取人支払とさせていただきます。
- ・ 本会における再発行に係る事務は、本依頼書の受理に基づき行いますので、即時での対応はできません。

【連合会使用欄】

受 付	再発行処理	処理確認	発送（提供）
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受付者（印）	処理者（印）	課長（印）	担当者（印）

【記載例】

再 発 行 依 頼 書

依頼日 令和 5年 4月 1日

岐阜県国民健康保険団体連合会あて

(介護・障害課 障害者支援係)

開設者

氏名 国保太郎

下記の理由により、障害福祉に関する帳票の再発行を依頼します。

1	事業所番号	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1
2	事業所名	国保事業所									
3	再発行理由	障害福祉サービス費等支払決定額通知書を紛失したため									
4	再発行帳票の 受付年月	(単月の場合) 令和 5年 2月受付分 (複数月の場合) 令和 年 月受付分 ~ 令和 年 月受付分									
5	再発行帳票 ※希望される帳票 名に☑を記入くだ さい	1 審査決定関連通知書一式 <input type="checkbox"/> 「障害福祉サービス費等決定増減表」 <input type="checkbox"/> 「返戻等一覧表」									
		2 支払関連通知書一式 <input checked="" type="checkbox"/> 「障害福祉サービス費等支払決定額通知書」 <input type="checkbox"/> 「障害福祉サービス費等支払決定額内訳書」 <input type="checkbox"/> 「障害福祉サービス費等過誤決定通知書」 <input type="checkbox"/> 「福祉・介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ」									
6	担当者氏名	国保次郎									
7	連絡先	(058) 214 - 2986									

※ 再発行方法は「紙（郵送）」となり、郵送費用は依頼主様で負担していただきますので、本依頼書の郵送に必要な返信用切手又はレターパックを送付してください。

※ なお、返信用封筒の送付先は、事業所住所をご記入ください。

<留意事項>

- ・複数事業所の再発行を依頼される場合、本依頼書は事業所ごとに作成をお願いします。
- ・返信用封筒の切手の料金不足が発生した場合、不足額については、受取人支払とさせていただきます。
- ・本会における再発行に係る事務は、本依頼書の受理に基づき行いますので、即時での対応はできません。

【連合会使用欄】

受 付	再発行処理	処理確認	発送（提供）
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
受付者（印）	処理者（印）	課長（印）	担当者（印）