

障害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

秋田県国民健康保険団体連合会 行

開設者氏名

印

事業所番号										
事業所名										
事業所所在地	〒 TEL FAX									
担当者氏名										
再発行対象月	年 月請求分（審査分）									
再発行対象	支払決定額通知書 ・ 支払決定額内訳書 ・ 処遇改善 過誤決定通知書 ・ 返戻等一覧表 ・ 増減表									
再発行事由										

※ 再発行対象を丸で囲んでください。なお、再発行の方法は伝送のみとなります。