

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	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
事業所名	
事業所所在地	<div>〒</div> <div>TEL</div> <div>FAX</div>
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。
- ※ 再発行の方法は郵送のみとなります。返信用封筒を同封くださるようお願いいたします。