

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 • 収支等一覧表 • 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いようお願いいたします。