

# 介護給付費支払額決定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

介護保険事業所番号										
介護保険事業所名										
介護保険事業所所在地	〒  TEL FAX									
担当者氏名										
再発行対象月	令和 年 月請求分（審査分）									
再発行方法	伝送 • 帳票									
再発行対象	介護給付費 • 介護職員処遇改善 • 審査状況一覧 (伝送のみ)									
再発行事由										

※再発行対象を丸で囲んでください。

※再発行方法で「帳票」を選択された場合は返信用封筒を同封くださるようお願いいたします。