

障害福祉サービス費等各帳票再発行願

年 月 日

千葉県国民健康保険団体連合会 御中

開設者 住所
氏名 (印)

千葉県国民健康保険団体連合会から送付された「支払通知情報」等について、下記のとおり再発行をお願いいたします。

記

↓ 再発行を希望する様式にチェックしてください。	
<input type="checkbox"/>	障害福祉サービス費等支払決定額通知書 年 月 受付分
<input type="checkbox"/>	障害福祉サービス費等支払決定額内訳書 年 月 受付分
<input type="checkbox"/>	受給者別支払決定明細一覧表 年 月 受付分
<input type="checkbox"/>	返戻等一覧表 年 月 受付分
<input type="checkbox"/>	障害福祉サービス費等過誤決定通知書 年 月 受付分
<input type="checkbox"/>	障害福祉サービス費等支払決定増減表 年 月 受付分
<input type="checkbox"/>	福祉・介護職員処遇改善(特別)加算総額のお知らせ 年 月 受付分
<input type="checkbox"/>	障害福祉サービス費等事業所別支払明細書(合計書) 年度分
再発行理由	
事業所情報	事業所番号 H J 1 2
	事業所名称
	所在地 〒 -
	連絡先 電話番号 担当者名

- ※ 必要事項を記載の上、郵送にてご返送下さい。
なお、再発行有効期限は初回発行後、1年以内となります。
- ※ 帳票の再発行は、1回に限らせていただきます。
他の種類の帳票であっても再発行は認められませんので、ご注意ください。

送付先
〒263-8566
千葉市稲毛区天台6丁目4番3号
TEL 043-254-7452
千葉県国民健康保険団体連合会 障害者総合支援係