連合会使用欄		
課　長	係　長	担当者

提出日　　年　　月　　日

群馬県国保連合会介護保険課　御中

障害介護給付費等支払関係帳票等再発行依頼書（ＦＡＸ不可）

依　頼　者（事　業　所）													
事業所情報	事業所番号												
	所　在　地										印		
	事業所名称												
	開設者情報	法人名											
		代表者氏名											
送付方法（○印）				伝　送（※１）					郵　送（※２）				
送付先ユーザＩＤ	事業所	Ｈ	Ｊ										
	代理人	Ｈ	Ｄ										

◉ 事業所情報欄は連合会に提出した「受領に関する届」と同一内容を記載してください。
◉ 事業所印は連合会に提出した「受領に関する届」に押印した印を使用してください。
※１ 伝送による再発行を希望する場合、送付先ユーザＩＤ欄に事業所または代理人のユーザＩＤを記載してください。

切手の種類		枚　数		切手の種類				枚　数	
１１０	円		枚		その他		円		枚
							円		枚

※２ 郵送による再発行を希望する場合、郵送料相応分の切手が必要となります。
お預かりした切手を貼付し郵送いたしますので、同封された切手の種類（○印）と枚数をお知らせください。

	再発行依頼帳票	審査年月
	障害福祉サービス費等支払決定額通知書	
	障害福祉サービス費等支払決定額内訳書	
	障害福祉サービス費等過誤決定通知書	
	福祉・介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ	
	返戻等一覧表	
	障害福祉サービス費等支払決定増減表	
	その他の帳票（　　）	

◉ 再発行を依頼する帳票に○印を付してください。
◉ 審査年月が複数月になる場合は、「○年○月～○年○月審査分」と記載してください。

御担当者様	氏　名	
	連絡先	