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

障害福祉サービス費等の電子請求書類用再発行依頼書（ＦＡＸ不可）

障害福祉サービス費等の電子請求に必要な書類の再発行を依頼します。

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									

◉ 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。

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

◉ 再発行に際し、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（〇印）と枚数をお知らせください。

	再発行依頼書類
	テスト用（仮）パスワード
	証明書発行用パスワード
	本番用（仮）パスワード

◉ 再発行を依頼する書類に〇印を付してください。

御担当者様	氏　名	
	連絡先	