

— 障害者総合支援 —

再発行願

沖縄県国民健康保険団体連合会
介護福祉課 障害福祉係 御中

年 月 日

事業所番号	
事業所名	
事業所住所	〒
電話番号	
FAX番号	
担当者名	印

下記のと通りの再発行をお願いいたします。

記

1 再発行を依頼する種類(該当する項目に☑をつけてください)

- 障害福祉サービス費等支払決定額通知書
(福祉・介護職員等処遇改善加算等総額のお知らせ含む)

審査年月： 年 月

再発行事由

2 希望受理方法 (該当する項目に☑をつけてください)

- 伝送—伝送先ID ()

※同一法人別事業所(HJ47～)、代理事業所(HD47～)へ伝送することが可能です。

※伝送の場合、複数月まとめて依頼される場合は電子請求受付システムの送信容量により対応できない場合がございます。

(直近1年以内、それを超える場合は紙媒体対応となります。)

- 紙媒体—送付先住所(※返信用としてレターパックライトに「宛名」「住所」を記入のうえ、本書と併せて提出ください)

住所(〒)

※注意事項

記載漏れにご注意ください。記載不備がある場合、受理できません。

再発行につきましては、原本受理後1週間から10日前後お時間をいただきます。(即時発行不可)