

【送付日】平成 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会
介護保険課 介護・福祉係 行

事業所名
代表者
氏名

印

介護給付（総合事業）費等支払決定額通知書等の再発行依頼書

下記の事由により、介護給付（総合事業）費等支払決定額通知書等の再発行を依頼します。

記

1	事業所番号（注1）	0	7								
2	事業所名										
3	再発行審査年月（注2）										
4	再発行帳票 (再発行希望帳票に○をつけてください)	介護給付費等支払決定額通知書等									
		介護職員処遇改善加算総額のお知らせ									
5	再発行媒体（注3） (どちらか一方に○をつけてください)	紙 ・ 伝送									
6	再発行事由（必須）										
7	担当者名										
8	連絡先電話番号	()									

※ 注釈につきましては、別紙「記載方法及び注意事項について」をご覧ください。
依頼書に不備等がございますと、再発行できませんのでご注意ください。