

【送付日】平成 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会
介護福祉課 介護保険係 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。