

各種通知等再発行依頼【障害】

以下の様式の太線枠についてご記入願います。

送付先ID		届出日	
H		令和	年 月 日
事業所番号【事業所名】		開設者名	担当者名
(番号)		印	
(事業所名)			
住所		連絡先	
〒		TEL	()
		FAX	()
再発行希望通知類 (番号に○) ※サービス提供月ではなく 連合会受付月 を記入して下さい			
① 支払決定額通知書		年 月 ~	年 月 受付分
② 支払決定額内訳書		年 月 ~	年 月 受付分
③ 支払決定増減表		年 月 ~	年 月 受付分
④ 処遇改善（特別）加算総額のお知らせ		年 月 ~	年 月 受付分
⑤ 返戻等一覧表		年 月 ~	年 月 受付分
⑥ 電子請求受付システムのユーザID及び仮パスワード			
⑦ 請求及び受領に関する届出書			
⑧ その他 ()		年 月 ~	年 月 受付分
再発行事由			
通知の受取方法	電子請求受付システムへの送信 ・ 郵送		
連合会使用欄 ※記入不要			
受領日	送信日時	担当	
年 月 日	/ :		

※⑥⑦については郵送のみの対応です。

※電子請求受付システムへの送信を希望する場合、栃木県国保連合会介護福祉課までFAXして下さい。【送付先IDをもれなく記載してください】
 <FAX番号> 028-643-5411

※郵送での送付を希望する場合、この依頼書と返信用の封筒に切手を貼付して同封し、下記までお送りください。

<送付先>

〒320-0033 宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル6F
 栃木県国保連合会 介護福祉課 介護相談・障害福祉担当 あて

《記入漏れがないか確認のうえお送りください。》