令和　　年　　月　　日

**障害福祉サービス費等支払決定額通知書等の再発行依頼書**

岩手県国保連合会保健介護課　行

事業所名称

印

代表者名

太枠内をもれなく記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | ０ | | ３ |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 担当者氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 |  | | | | | | | | | | | | |
| 受付（審査）年月 | 令和　　　年　　　月受付（審査）分 | | | | | | | | | | | | |
| 再発行依頼帳票  （必要帳票に○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 | | | | | | | | | | | |
|  | 障害福祉サービス費等支払決定額内訳書 | | | | | | | | | | | |
|  | 障害福祉サービス費等過誤決定通知書 | | | | | | | | | | | |
|  | 返戻等一覧表 | | | | | | | | | | | |
|  | 障害福祉サービス費等支払決定増減表 | | | | | | | | | | | |
|  | 福祉・介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ | | | | | | | | | | | |
|  | 一次審査処理結果票 | | | | | | | | | | | |
| 再発行依頼理由 |  | | | | | | | | | | | | |
| *連合会使用欄* | *作成* | | | | | *発送* | | | | *対応* | | | |

※複数受付年月分の再発行を依頼する場合には**受付年月毎**に本書を作成して下さい。

例えば、令和元年5月～7月受付分までの再発行を依頼する場合は3枚作成していただくことになります。

＜送付先＞ 〒020-0025

　岩手県盛岡市大沢川原3-7-30国保会館

　　　　 岩手県国民健康保険団体連合会保健介護課

　　　　　　　　　介護保険係（障害者総合支援担当）

TEL 019-623-4335 FAX 019-653-2216