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　御中

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　～　　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* | | | |

※複数審査年月分の再発行が必要な場合のみ本様式で作成して下さい。

＜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