

# 介護給付費等支払決定額通知書等再発行依頼書

令和 年 月 日

宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課 行

開設者氏名

印

事業所番号	0	4									
事業所名称	(担当者名: _____ Tel: _____)										
事業所所在地	〒	—									
再発行対象月	年 月審査分										
再発行対象帳票 (必要帳票に○を付すこと)	共通		介護給付費等支払決定額通知書								
			介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ								
			介護職員処遇改善加算等内訳のお知らせ								
	介護保険		介護給付費等支払決定額内訳書								
			介護給付費過誤決定通知書								
			介護給付費再審査決定通知書								
			介護保険審査決定増減表								
			介護保険審査増減単位数通知書								
			請求明細・給付管理票返戻(保留)一覧表								
	総合事業		介護予防・日常生活支援総合事業費支払決定額内訳書								
			介護予防・日常生活支援総合事業費過誤決定通知書								
			介護予防・日常生活支援総合事業費再審査決定通知書								
			介護予防・日常生活支援総合事業審査決定増減表								
		介護予防・日常生活支援総合事業審査増減単位数通知書									
		請求明細・給付管理票返戻(保留)一覧表									
再発行事由											
事業所チェック欄	<input type="checkbox"/> 依頼書の記入 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 開設者印の押印</span> <input type="checkbox"/> 返信用封筒の同封 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> 返信用封筒への送付先等記載</span> <input type="checkbox"/> 返信用切手の同封(貼付)										
連合会使用欄	受付日 /			処理日 /			送付日 /				

【注1】再発行可能な対象月は、依頼書を受け付けた月が属する年度の前年度4月審査分以降です。  
それ以前のものが必要な場合は別途ご相談ください。

【注2】複数審査月の帳票の再発行等で出力枚数が多くなり、切手の料金不足が発生した場合は、不足額については受取人支払いとさせていただきますので、ご了承願います。