障害福祉サービス費等の各種帳票再発行依頼書

平成　　年　　月　　日

宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課障害福祉担当　行

開設者氏名　　印

事業所番号	0	4								
代理人ﾕｰｻﾞｰ番号 ※代理請求の場合	0	4								
事業所名称	（担当者名　　）									
事業所所在地	〒　　－ （電話番号：　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ:　　）									
発行依頼帳票 （必要帳票に○をつけ、年月をご記入下さい）		支払決定額通知書（平成　　年　　月～平成　　年　月受付分　）								
		支払決定額内訳書（平成　　年　　月～平成　　年　月受付分　）								
		過誤決定通知書　（平成　　年　　月～平成　　年　月受付分　）								
		返戻等一覧表　　（平成　　年　　月～平成　　年　月受付分　）								
		支払決定増減表　（平成　　年　　月～平成　　年　月受付分　）								
		点検処理結果票　（平成　　年　　月～平成　　年　月受付分　）								
		福祉・介護職員処遇改善（特別）加算総額のお知らせ （平成　　年　　月～平成　　年　月受付分　）								
		その他 （平成　　年　　月～平成　　年　月受付分　）								
再発行依頼理由 （依頼が必要となった詳細をご記入下さい）										
備考										

※発行依頼帳票は、電子請求受付システム「本番 ID」のお知らせに送信します。
※発行依頼年月は、サービス提供年月ではなく、受付年月をご記入ください。
※帳票の再発行は、本依頼書提出日の翌日以降となります。
※代理請求の場合は、代理人ﾕｰｻﾞ－ID 番号に帳票を送信します。
※本依頼書は、事業所番号ごとに提出してください。（複数事業所の一括依頼不可）

連合会使用欄	処理日　　／	送付日　　／	担当者