# 障害福祉サービス費等の各種帳票再発行依頼書

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<br>※代理請求の場合 | 0 | 4 | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | （担当者名　　） | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 | 〒　　－<br>（電話番号：　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ:　　） | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 発行依頼帳票<br>（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・令和　年　月 ～ 平成・令和　年　月受付分） |
| | | 支払決定額内訳書（平成・令和　年　月 ～ 平成・令和　年　月受付分） |
| | | 過誤決定通知書　（平成・令和　年　月 ～ 平成・令和　年　月受付分） |
| | | 返戻等一覧表　（平成・令和　年　月 ～ 平成・令和　年　月受付分） |
| | | 支払決定増減表　（平成・令和　年　月 ～ 平成・令和　年　月受付分） |
| | | 点検処理結果票　（平成・令和　年　月 ～ 平成・令和　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<br>（平成・令和　年　月 ～ 平成・令和　年　月受付分） |
| | | その他<br>（平成・令和　年　月 ～ 平成・令和　年　月受付分） |
| 再発行依頼理由<br>（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、代理人ﾕｰｻﾞｰ 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 |