

福井県国民健康保険団体連合会

審査課 介護・障がい室 御中

(事業所番号)

(事業所所在地)

(事業所名称)

(開設者名)

(届出印)

(電話番号)

障害福祉サービス費等支払決定額通知書等再発行依頼書

障害福祉サービス費等支払決定額通知書等の再発行を次のとおり依頼します。

再発行する通知書等の種類 (該当するものに☑を入れてください。)	当連合会における					
	審査年月 (サービス提供年月の翌月)					
<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス費(障害児給付費)等 支払決定額通知書情報	令和	年	月	令和	年	月
<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス費(障害児給付費等)等 支払決定額内訳書情報	令和	年	月	令和	年	月
<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス費(障害児給付費)等 処遇改善加算等総額のお知らせ情報	令和	年	月	令和	年	月
<input type="checkbox"/> その他 ()	令和	年	月	令和	年	月

・再発行の理由 (該当するものに☑を入れてください。)

 電子請求受付システムでの通知書取得可能期間を超えたため その他 ()

・通知書等の受取方法 (希望する受取方法に☑を入れてください。)

 同封の返信用封筒での発送

※簡易書留相当額の切手を貼付した返信用封筒を本依頼書に同封してください。なお、本依頼書の記載不備や返信用封筒に貼付する切手額面の不足等がある場合、再発行が速やかに行えませんのでご注意ください。

※再発行した通知書等の郵送先は、事業所所在地とさせていただきます。

《留意事項》

・当依頼書を受領してから再発行まで、10 営業日程度お時間をいただきます。

・当依頼書で再発行できる通知書は、依頼書を受領した月から 15 ヶ月前までとなります。

福井県国民健康保険団体連合会

審査課 介護・障がい室 御中

(事業所番号) 18XXXXXXXX

(事業所所在地) 福井県 A 市 B 町 1-2-3

(事業所名称) 放課後等デイサービス〇〇

(開設者名) 介護 太郎

(届出用) 印

(電話番号) 077X-XX-XXXX

障害福祉サービス費等支払決定額通知書等再発行依頼書

障害福祉サービス費等支払決定額通知書等の再発行を次のとおり依頼します。

再発行する通知書等の種類 (該当するものに☑を入れてください。)	当連合会における 審査年月 (サービス提供年月の翌月)	
<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス費(障害児給付費)等 支払決定額通知書情報	令和 4 年 1 月	令和 4 年 3 月
<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス費(障害児給付費等)等 支払決定額内訳書情報	令和 年 月	令和 年 月
<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス費(障害児給付費)等 処遇改善加算等総額のお知らせ情報	令和 年 月	令和 年 月
<input checked="" type="checkbox"/> その他 (返戻等一覧表情報)	令和 4 年 1 月	令和 4 年 9 月

から まで

・再発行の理由 (該当するものに☑を入れてください。)

- 電子請求受付システムでの通知書取得可能期間を超えたため
その他 (

ある一定期間の通知書をご希望の場合は、「〇〇から〇〇まで」や「〇～〇」のようにご記載ください。

・通知書等の受取方法 (希望する受取方法に☑を入れてください。)

- 同封の返信用封筒での発送

※簡易書留相当額の切手を貼付した返信用封筒を本依頼書に同封してください。なお、本依頼書の記載不備や返信用封筒に貼付する切手額面の不足等がある場合、再発行が速やかに行えませんのでご注意ください。

※再発行した通知書等の郵送先は、事業所所在地とさせていただきます。

《留意事項》

- 当依頼書を受領してから再発行まで、10 営業日程度お時間をいただきます。
- 当依頼書で再発行できる通知書は、依頼書を受領した月から 15 ヶ月前までとなります。