

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)

(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)
☐ 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
☐ 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
☐ 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
☐ 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 ()

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必ず同封してください。

※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。

※発送先は、事業所所在地のみとしております。

《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。

国保連合会使用欄

電話確認日	
事業所対応者	
連合会担当者	

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)	18XXXXXXX
(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
(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)
☒ 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 6 年 4 月 ~ 令和 6 年 9 月
☐ 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
☐ 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
☒ その他 (返戻等一覧表情報)	令和 6 年 4 月 ~ 令和 6 年 4 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 ()

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必ず同封してください。

※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。

※発送先は、事業所所在地のみとしております。

《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。

国保連合会使用欄

電話確認日	
事業所対応者	
連合会担当者	