

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)

介護給付費等支払決定額通知書等再発行依頼書

介護給付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)
☐ 介護給付費等支払決定額通知書	令和 年 月 ~ 令和 年 月
☐ 介護給付費 (介護予防・日常生活支援総合事業費) 支払決定額内訳書	令和 年 月 ~ 令和 年 月
☐ 介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ	令和 年 月 ~ 令和 年 月
☐ 介護職員処遇改善加算等内訳のお知らせ	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) デイサービス〇〇

(開設者名) 介護 太郎

(電話番号) 077X-XX-XXXX

介護給付費等支払決定額通知書等再発行依頼書

介護給付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)
☒ 介護給付費等支払決定額通知書	令和 6 年 4 月 ~ 令和 6 年 9 月
☐ 介護給付費 (介護予防・日常生活支援総合事業費) 支払決定額内訳書	令和 年 月 ~ 令和 年 月
☐ 介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ	令和 年 月 ~ 令和 年 月
☐ 介護職員処遇改善加算等内訳のお知らせ	令和 年 月 ~ 令和 年 月
☒ その他 (介護保険審査決定増減表)	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	