

再発行依頼書

年 月 日

高知県国民健康保険団体連合会
介護保険課 行

(FAX 088-820-8413)

事業所番号	3	9								
事業所名称	(担当者名)									
所在地 (送付先)	〒									
連絡先電話番号	(TEL)					(FAX)				
再発行対象帳票 (必要帳票に ○を記入してくだ さい)	障害福祉サービス費等支払決定額通知書									年 月 審査分
	障害福祉サービス費支払決定額内訳書									
	障害福祉過誤決定通知書									
	返戻等一覧表									
	福祉・介護職員処遇(特別)改善加算等総額のお知らせ									
	ID・仮パスワード(テスト用)									
	ID・仮パスワード(本番用)									
	証明書発行用パスワード									
	障害福祉サービス費等の請求及び受領に関する届									
再発行理由										
連合会使用欄	受付日 /					送付日 /				