

新型コロナ支援交付金申請に係る
再発行依頼書(障害福祉)

令和 年 月 日

高知県国民健康保険団体連合会
介護保険課 行

開設者
住所

(FAX 088-820-8413)

法人・代表者名

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)										
	<input checked="" type="checkbox"/> ID・仮パスワード(本番用 HJ~)										
	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	新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金申請のため										
連合会使用欄	受付日 /					送付日 /					