

再発行依頼書

平成 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	〒										
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										平成 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)改善加算総額のお知らせ										
	証明書発行用パスワード										
	ID・仮パスワード(テスト用)										
	ID・仮パスワード(本番用)										
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 /					

※代理請求の場合は、HDから始まる代理人IDもご記載ください。