

— 障害者総合支援 —

FAX : 098-867-6794

沖縄県国民健康保険団体連合会
介護福祉課 介護福祉係 御中

年 月 日

| | |
|-------|---|
| 事業所番号 | |
| 事業所名 | |
| 事業所住所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| 担当者名 | 印 |

障害福祉サービス費等支払決定額通知書 再発行願

「障害福祉サービス費等支払決定額通知書」の再発行をお願いいたします。

記

1 支払決定額通知書

①審査年月： 年 月

②再発行事由

2 希望受理方法（該当する項目にレ点をつけて下さい）

- 郵送 — 送付先住所
住所(〒)
- 来会 — 連絡先・TEL()

※来会受理においては、事前に FAX 送信いただき、準備完了後ご連絡させていただきます。

来会の際には、原本の提出をお願いいたします。