

— 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）

伝送 — 伝送先ID（ ）

※同一法人別事業所(HJ47～)、代理事業所(HD47～)へ伝送することが可能です。

※伝送の場合のみ、複数月まとめて依頼される場合は電子請求受付システムの送信容量により対応できない場合がございます。

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。