

— 障害者総合支援 —

再発行願

沖縄県国民健康保険団体連合会  
介護福祉課 障害福祉係 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

下記のと通りの再発行をお願いいたします。

記

- 1 再発行を依頼する種類(該当する項目に☑をつけてください)  
 障害福祉サービス費等支払決定額通知書  
(福祉・介護職員等処遇改善加算等総額のお知らせ含む)

審査年月： 年 月

再発行事由

---

---

---

- 2 取得方法について

紙媒体のみでの提供となるため、本様式とあわせて返送用レターパック(ライト含む)を同封のうえ、  
本会あてご提出ください。

**(同封するレターパックライトに「宛名」、「住所」を記入ください)**

提出先

〒900-8559 那覇市西3丁目14番18号 沖縄県国民健康保険団体連合会 介護福祉課あて

**※注意事項**

記載漏れにご注意ください。記載不備がある場合、受理できません。

再発行につきましては、原本受理後 1 週間から 10 日前後お時間をいただきます。(即時発行不可)