

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	
担当者名	印

以下留意事項を確認のうえ、再発行を依頼します。

--留意事項--

- 再発行依頼分の各種帳票は、**レターパック（ライト含む）**で発送いたします。
（引渡し方法はレターパック（ライトを含む）による郵送のみとなります。）
返送先（※1）を記載したレターパックと本様式を同封し、本会あてご送付ください。
（※1）返送先の宛名および住所は再発行を依頼した事業所の名称及び住所を記載してください。
上記以外の返送先はお受けできません。
- 送付先 〒900-8559 那覇市西3-14-18 沖縄県国民健康保険団体連合会 介護福祉課あて
- 電話、FAX、窓口での照会および口頭での再発行依頼は承りませんのでご注意ください。
- 複数事業所の再発行依頼につきましては、事業所番号ごとに再発行願を作成しご送付ください。
- 再発行可能対象月は本書類提出月の12か月前の審査分までとなります。
- 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）
- 本会から送付される帳票等につきましては、重要書類と認識し、紛失等ないよう適切な管理に努めていただきますようお願い申し上げます。

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）
☐ 各種補助金支払通知書（※連合会が発行したものに限る。）

① 審査年月： 年 月 （※サービス提供月ではなく、連合会へ提出した月をご記入ください。）

② 再発行理由（該当する項目にレ点をつけてください。その他の場合は()内に理由をご記入ください。）
☐ システム不具合のため ☐ 紛失のため ☐ その他 []

○提出前に記載漏れ（☒もれ、事由記載漏れ、代表者名の押印漏れ）、返送用レターパックの同封漏れがないことを必ずお確かめください。漏れがある場合は受理できません。