記入日　　年　　月　　日

# 障害福祉サービス費等支払決定額通知書等再発行依頼書

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 4 | 0 | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | 〒 | | | | | | | | | |
| 担 当 者 名 | | | | | | | | | | |
| 電 話 番 号 | | | | FAX 番号 | | | | | | |

以下の注意事項を確認し、障害福祉サービス費等支払決定額通知書等について再発行を依頼します。

**≪注意事項≫**

1. 郵送での再発行となります。必要事項を記入した本依頼書に、**返送用の封筒及び切手**、もしくは**レターパックを同封**のうえ下記住所まで郵送してください。
2. 返送先住所は県及び市町村に届け出ている**事業所所在地**、もしくは**法人所在地**となります。
3. 再発行枚数が多い場合は、料金に不足がないようにご注意ください。
4. **再発行にはお時間をいただきます**。即時の対応はできかねますのでご了承ください。
5. 連合会到着月の **18 ヵ月前請求分まで再発行可能**です。それ以前のものは再発行できません。

I.　再発行を希望する帳票（該当する項目にチェックを入れてください、8 は帳票名もご記入ください）

- ☐　1.　障害福祉サービス費等支払決定額通知書
- ☐　2.　障害福祉サービス費等支払決定額内訳書
- ☐　3.　福祉・介護職員処遇改善加算等総額のお知らせ
- ☐　4.　障害福祉サービス費等過誤決定通知書
- ☐　5.　返戻等一覧表
- ☐　6.　障害福祉サービス費等支払決定増減表
- ☐　7.　一次審査処理結果票
- ☐　8.　その他補助金等（　　）

II.　受付（請求）月（連合会に請求を送信した月をご記入ください、サービス提供月ではありません）

例：令和 7 年 4 月請求分～令和 7 年 6 月請求分、令和 8 年 3 月請求分　等

宛先・連絡先

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号
福岡県国民健康保険団体連合会　介護保険課　介護管理係
TEL：092-642-7813　FAX：092-642-7856