

令和 年 月 日

山梨県国民健康保険団体連合会理事長 殿

開設者 住所

氏名 印

「介護職員処遇改善加算総額のお知らせ」再発行依頼書

下記により、「介護職員処遇改善加算総額のお知らせ」の再発行を依頼します。

記

| | | |
|----------------------|--------------------------------------|-----|
| 事業所番号 | | |
| 所在地 | | |
| 事業所名称 | | |
| 再発行のサービス提供月 (請求月) | 平成・令和 年 月 サービス提供分 (平成・令和 年 月 請求分) | |
| 再発行の理由 | | |
| 振込銀行及び支店名 | | |
| 預金種目及び口座番号 | 普通預金・当座預金 | No. |
| 名義人 | | |

※ 返信用封筒をご用意ください。