

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

障害福祉サービス費等支払決定額  
通知書・内訳書等再発行依頼書

下記により、障害福祉サービス費等支払決定額 通知書・内訳書・その他 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 ( 受付月 )	平成・令和 年 月サービス提供分 ( 平成・令和 年 月受付分)	
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。