

事業所→国保連合会

## 介護給付費等審査支払関係帳票の再発行依頼票

依頼年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

担当者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課 宛

FAX 番号 083-934-3665

介護給付費等審査支払関係帳票を、以下により再発行願います。

1 再発行を必要とする事業所番号・事業所名

- ・ 事業所番号 \_\_\_\_\_ 事業所名 \_\_\_\_\_
- ・ 事業所番号 \_\_\_\_\_ 事業所名 \_\_\_\_\_
- ・ 事業所番号 \_\_\_\_\_ 事業所名 \_\_\_\_\_
- ・ 事業所番号 \_\_\_\_\_ 事業所名 \_\_\_\_\_
- ・ 事業所番号 \_\_\_\_\_ 事業所名 \_\_\_\_\_

2 再発行を必要とする帳票に☑をしてください。

☐ 「請求明細書・給付管理票返戻(保留)一覧表」

☐ 「介護給付費等支払決定額通知書」一式

☐ 「介護職員処遇改善加算総額のお知らせ」

☐ その他「 \_\_\_\_\_ 」

3 再発行対象審査年月

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月審査分 ～ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月審査分

4 再発行理由

(記入上の注意等)

- 1 「再発行を必要とする事業所番号・事業所名」の欄は、同一法人で開設者が同じ場合でも再発行を必要とする事業所が複数ある場合は、全ての事業所番号・事業所名を記載してください。
- 2 原則として「介護給付費等の請求及び受領に関する届」に記載された事業所住所(届出住所)へ郵送します。
- 3 届出住所と異なる送付先を希望される場合は、以下(送付先住所欄)に記載をお願いします。

〒 \_\_\_\_\_

送付先住所 \_\_\_\_\_

送付先事業所名 \_\_\_\_\_