

介護給付費支払額決定通知書等再発行依頼書

平成 年 月 日

秋田県国民健康保険団体連合会 行

開設者氏名

印

介護保険事業所番号										
介護保険事業所名										
介護保険事業所所在地	〒 TEL FAX									
担当者氏名										
再発行対象月	平成 年 月請求分（審査分）									
再発行方法	伝送 ・ 帳票									
再発行対象	介護給付費 ・ 介護職員処遇改善 ・ 審査状況一覧									
再発行事由										