

利用料領収書（請求書兼領収書）再発行手続きについて

◆申し込み方法

『領収書再発行申請書・同意書』に必要事項を記載してお申し込みください
持参・郵送、どちらでも可能です

郵送の場合は、サービス利用者本人確認書類・申請者本人確認書類のコピーも同封してください

郵送先

〒871-0162
大分県中津市永添2744番地
中津総合ケアセンターいづみの園
領収書再発行担当者 宛

必要書類に不備・不足がある場合、発行が遅れることがありますのでご注意ください
1件につき1,000円（消費税込）の再発行手数料が発生いたします
ご入金確認後、再発行いたします
再発行には1週間程度のお時間がかかります
時間的余裕をもってお申込みください

◆支払方法

現金

現金書留（送り先は上記「郵送先」同）

銀行振込（振込手数料は申請者負担となります）

金融機関：大分銀行大貞支店 普通預金 №5068989

フク ユウ キリストキョウ シヤカイフクシジ ギヨウダ ソリヅ チョウ トミガケンジ

名義：社会福祉法人九州キリスト教社会福祉事業団 理事長 富永健司

問い合わせ先

〒871-0162
大分県中津市永添2744番地
中津総合ケアセンターいづみの園
総務部経理課 領収書再発行担当者
TEL 0979-23-1616

領収書再発行申請書・同意書

中津総合ケアセンターいづみの園 総合施設長 殿

20 年 月 日申請

申 請 者 _____

〒 _____

申 請 者 住 所 _____

申 請 者 電話番号 _____

再発行対象者（サービス利用者）の情報

ふりがな				
サービス利用者名 (本人)			生年月日	
住 所	〒 _____			
本人 確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
利用したサービス名 (必要事業所すべて記載)				
再発行が必要な サービス利用年月	① 年 月	⑤ 年 月	⑨ 年 月	計 件
	② 年 月	⑥ 年 月	⑩ 年 月	
	③ 年 月	⑦ 年 月	⑪ 年 月	合計 千円
	④ 年 月	⑧ 年 月	⑫ 年 月	
再 発 行 の 理 由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 損傷 <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※損傷の場合には、損傷した領収書を返却してください。			
手数料支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 振込 (振込予定日 月 日)			

申請者がサービス利用者本人以外の場合

※チェックがなければ本人宛にいたします

本 人 と の 関 係	再発行手数料領収書名		<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 申請者
	再発行領収書送付先		<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 申請者
確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 (_____)		

確認事項

- 発行する領収書（請求書兼領収書）1件につき1,000円（消費税込）の手数料がかかること
- 申請者がサービス利用者本人以外の場合、必ずサービス利用者本人の同意を得ていること
- 再発行した領収書（請求書兼領収書）を不正使用しないこと

年 月 日

上記3項を確認し、同意いたします。 氏名：

(印)

※以下、総務記入欄

受付年月日 担当者印	台帳番号	No.	利用者名	
本人確認	<input type="checkbox"/> 自動車 免許証	<input type="checkbox"/> 健康 保険証	<input type="checkbox"/> マイナンバー カード	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
申請者確認	<input type="checkbox"/> 自動車 免許証	<input type="checkbox"/> 健康 保険証	<input type="checkbox"/> マイナンバー カード	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
現金□ • 書留□ • 銀振□	確認日 /	発行手数料		千円
利用サービス名				

領収書再発行申請書・同意書

中津総合ケアセンターいづみの園 総合施設長 殿

20 25 年 10 月 × 日申請

記載例

申 請 者 いづみ太郎
〒 871 - 0162
申 請 者 住 所 中津市永添
申 請 者 電話番号 23-〇〇〇〇

再発行対象者（サービス利用者）の情報

ふりがな	いづみ はなこ	生年月日	19△△年 ×月 △日	
サービス利用者名 (本人)	いづみ 花子			
住 所	〒 871 — 0000 中津市蛎瀬△△番地			
本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用したサービス名 (必要事業所すべて記載)	ショートステイ、ヘルパー、デイふれんど館、コールセンター			
再発行が必要な サービス利用年月	① 2025年 1月	⑤ 2025年 5月	⑨ 年 月	計
	② 2025年 2月	⑥ 2025年 6月	⑩ 年 月	6 件
	③ 2025年 3月	⑦ 年 月	⑪ 年 月	合計
	④ 2025年 4月	⑧ 年 月	⑫ 年 月	6千円
再発行の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 損傷 <input type="checkbox"/> その他 () ※損傷の場合には、損傷した領収書を返却してください。			
手数料支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input checked="" type="checkbox"/> 振込 (振込予定日 10月 20日)			

申請者がサービス利用者本人以外の場合

※チェックがなければ本人宛にいたします

本人との関係	子	再発行手数料領収書名	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 申請者
		再発行領収書送付先	<input type="checkbox"/> 本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者
確認書類	<input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()		

確認事項

- 発行する領収書（請求書兼領収書）1件につき1,000円（消費税込）の手数料がかかること
- 申請者がサービス利用者本人以外の場合、必ずサービス利用者本人の同意を得ていること
- 再発行した領収書（請求書兼領収書）を不正使用しないこと

2025年 10月 ×日

上記3項を確認し、同意いたします。 氏名：

いづみ 太郎

印

※以下、総務記入欄

受付年月日 担当者印	台帳番号	No.	利用者名				
本人確認	自動車 免許証	<input type="checkbox"/>	健康 保険証	<input type="checkbox"/>	マイナンバー カード	<input type="checkbox"/>	その他 ()
申請者確認	自動車 免許証	<input type="checkbox"/>	健康 保険証	<input type="checkbox"/>	マイナンバー カード	<input type="checkbox"/>	その他 ()
現金口 · 書留口 · 銀振口	確認日 /	発行手数料		千円			
利用サービス名							