

## 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ずみの園  
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 No.5068989

㏑) ﾎﾔｼﾔﾐﾘｽﾄｷｮｳ ﾏｶｲﾌｻｼﾞｷﾞｮｳ ﾋﾞｼﾞﾅｽ ﾄﾐｶﾞ ﾗｼﾞ

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ずみの園  
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ずみの園 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				生年月日	年	月	日
サービス利用者名 (本人)							
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	計 件
	②	年	月	⑥	年	月	
	③	年	月	⑦	年	月	合計 千円
	④	年	月	⑧	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 ( ) <small>※損傷の場合には、損傷した領収書を返却してください。</small>						
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 年 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：

⑩

※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 <input type="checkbox"/> ・ 書留 <input type="checkbox"/> ・ 銀振 <input type="checkbox"/> 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ずみの園 総合施設長 殿

20 25 年 10 月 × 日申請



申請者	いずみ太郎		
〒	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	いずみ はなこ			生年月日	19△△年 ×月 △日		
サービス利用者名 (本人)	いずみ 花子						
住 所	〒	871	—	0000			
	中津市蛸瀬△△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：

いずみ 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				