

**障害者総合支援電子請求受付システム問い合わせ票**

お問い合わせ先 TEL 0570-059-403 E-Mail mail@support-e-seikyuu.jp FAX 0570-059-433

**お問い合わせ内容等** (※ご提供頂いた個人情報は、障害者総合支援電子請求ヘルプデスクでの目的のみに使用し、他の目的には一切使用しません。)

<b>ID種別と番号</b> (ご使用のIDをご記入願います。)	事業所ID		<b>お問い合わせ日</b>	年 月 日
	代理人ID			
<b>事業所名等</b>	(フリガナ)			
<b>ご担当者名</b>	(フリガナ)			
	様 担当部署( ) 役職( )			
<b>ご連絡先</b>	TEL ( ) - FAX ( ) -			
	メールアドレス (携帯メールアドレスはお避け下さい。)			
<b>ご使用のOS</b>	<input type="checkbox"/> Windows® 10 <input type="checkbox"/> Windows® 8.1 <input type="checkbox"/> Windows® 7 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
<b>ご使用のブラウザ</b>	<input type="checkbox"/> Internet Explorer® 11 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
<b>サービス種別</b>	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 障害児支援 <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業			
<b>ご使用のシステム</b>	簡易入力システム <input type="checkbox"/> バージョン2. 24 <input type="checkbox"/> バージョン2. 23 <input type="checkbox"/> 以前のバージョン ( )	取込送信システム <input type="checkbox"/> バージョン2. 24 <input type="checkbox"/> バージョン2. 23 <input type="checkbox"/> バージョン2. 22 <input type="checkbox"/> バージョン2. 20 <input type="checkbox"/> 以前のバージョン ( )	その他	
<b>お問い合わせ件名</b>				
<b>お問い合わせ内容</b> (どの画面で、どのような問題が発生しているかを詳しくご記入願います。)				

※ 太枠内に内容を記載し、また該当の  にレ点を付けてください。  
 いずれも回答に必要な項目となりますので、ご協力お願い致します。