

同月過誤処理対象者一覧表（内訳書）

市町村番号	
市町村名	

事業所番号	
事業所名称	

No.	受給者証番号	サービス 提供月	請 求		再 請 求		差 引		備 考
	氏 名		単位数	補足給付	単位数	補足給付	単位数	補足給付	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
	合 計								

※ 補足給付は特定障害者特別給付費の給付費請求額（円）の合計を記入してください。