

同月過誤処理対象者市町村別合計表【障害】

事業所番号	
事業所名称	

申請年月日： 年 月 日
 処理年月： 年 月

No.

市町村番号	市町村名	件数	請 求		再 請 求		差 引		備 考
			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									
11									
12									
13									
14									
15									
合 計									

※ 市町村番号順に記載してください。

※ 障害児入所支援の場合には、市町村番号及び市町村名をそれぞれ県番号、県名と読み替えてください。