

記載例

同月過誤処理対象者一覧表（内訳書）【障害】

市町村番号	109999
市町村名	〇〇市

事業所番号	1012345678
事業所名称	〇〇〇事業所

No. 1

	受給者証番号	氏名	サービス提供年月	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	1111111111	国保 太郎	〇〇年〇〇月	13,760		13,400		-360		
2	1111111111	国保 太郎	〇〇年××月	13,760		13,760		0		
3	2222222222	連合 花子	〇〇年〇〇月	9,500	10,000	9,700	10,000	200	0	
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
	合 計			37,020	10,000	36,860	10,000	-160	0	

【作成方法】

- 1 市町村ごとに作成してください（群馬県外の市区町村については、作成不要です）。
- 2 受給者証番号ごとに記載してください（明細書1件につき、1行の記載となります）。
- 3 1ページにつき15件分の記載が可能です。記載しきれない場合は、次ページを作成してください。
- 4 「請求」欄は、支払確定となった明細書の内容を記載してください。
- 5 「再請求」欄は、これから再請求する明細書の内容を記載してください。
- 6 「単位数」欄は、明細書の請求額集計欄の給付単位数の合計を記載してください。
- 7 「補足給付」欄は、特定障害者特別給付費の給付費請求額がある場合に、合計を記載してください。
- 8 市町村ごとの最終ページの「合計」欄に合計を記載してください。
- 9 8で記載した合計を「同月過誤処理対象者市町村別合計表」に転記してください。

※ 件数、単位数を把握するための資料なので、市町村等に提出している過誤申立書等とは様式や記載内容が異なります。

※ 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。

※ 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。