

記載例

同月過誤処理対象者市町村別合計表【障害】

事業所番号	1012345678
事業所名称	〇〇事業所

申請年月日： 〇〇年 △月 ×日  
 処理年月： 〇〇年 △△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	
109999	〇〇市	3	37,020	10,000	36,860	10,000	-160	0	
合計		3	37,020	10,000	36,860	10,000	-160	0	

**【作成方法】**  
 1 市町村ごとに1行ずつ記載してください(群馬県外の市区町村については、作成不要です)。  
 2 「同月過誤処理対象者一覧表(内訳書)」の件数及び「合計」欄の単位数等を転記してください。  
 ※ 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、記載内容が異なります。

※ 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。