

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

	市町村番号	市町村名	件 数	請求単位数	再請求単位数	差引単位数	備 考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
	合	計					