

同月過誤処理対象者一覧表（内訳書）【障害】

事業所番号	10■■■■■■■■■■
事業所名称	■■■■■■■■■■

市町村番号	102016
市町村名	前橋市

	受給者証番号	氏名	サービス提供年月	請求単位数	再請求単位数	差引単位数	備考
1	111111	〇〇〇〇	令和■年■月	1,000	1,050	50	
2	222222	△△△△	令和■年1月	2,000	2,100	100	
3	222222	△△△△	令和■年2月	2,000	2,200	200	
4	333333	□□□□	令和■年5月	3,000	2,500	-500	
5	333333	□□□□	令和■年7月	3,000	2,600	-400	
6	333333	□□□□	令和■年9月	3,000	2,700	-300	
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
	合 計			14,000	13,150	-850	

- 事業所番号及び事業所名称欄について
10から始まる10桁の事業所番号及び事業所名称（略称可）を記載してください。
- 市町村番号、市町村名称欄について
6桁の市町村番号、市町村名を記載してください。
- 同月過誤処理対象者市町村別合計表【障害】に記された各市町村毎に作成してください。
- 同じ受給者証番号で複数月ある場合
昇順かつサービス提供年月の昇順で記載してください。
- 請求単位数欄について
その月に請求した総単位を記載してください。
異なるサービス（生活介護、施設入所支援等）がある場合、合わせて1件となります。