

## 同月過誤処理対象者一覧表（内訳書）【障害】

事業所番号	
事業所名称	

市町村番号	
市町村名	

No.	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										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
	合 計									

※ 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。