

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：平成 年 月 日
 処理年月：平成 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 | |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | |

※ 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。