

# 障害福祉サービス費 過誤調整依頼書

市町村番号									
市町村名									

様

事業所番号									
事業所名称	㊟								
事業所所在地	〒								
連絡先	電話番号								
担当者名	㊟								

既に支払決定を受けております障害福祉サービス費について、下記サービス利用者分の過誤調整を依頼します。

平成 年 月 日

受給者証番号 受給者氏名	サービス提供月	申立事由コード	申立事由
	平成 年 月		
	平成 年 月		
	平成 年 月		
	平成 年 月		
	平成 年 月		

- 1 本様式は、市町村ごとに作成して、当該市町村の障害福祉担当課(係)へ提出してください。
- 2 過誤調整を行わずに再請求されると重複請求となりますのでご注意ください。
- 3 申立事由コードは、別紙コード表により記入してください。

枚中 枚目

市町村記入欄
㊟