

事業所 → 市町村

### 障害福祉サービス費 過誤調整依頼書

市町村番号	4	6	2	0	1	2
市町村名	鹿児島市					

様

事業所番号									
事業所名称									
事業所所在地	〒            ー								
連絡先(電話番号)									

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。

年            月            日

担当者名

受給者証番号 受給者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立理由
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	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
----	----