同月過誤対象者一覧表

年　　月　　日提出

事業所番号										
事業所名										

サービス種類　　※　　年　　月処理（再請求月）

番号	受給者証番号 フリガナ 受給者氏名	過誤対象サービス提供年月											

※受給者証番号順に記載してください。

記載例

同月過誤対象者一覧表

平成 24 年 6 月 1 日提出

サービスコードの2ケタを記載してください。
なお、該当する請求明細書に同一事業者番号の複数のサービス種類が存在する場合は、**そのサービス種類すべて**を記載してください。

事業所番号	0	1	1	0	1	2	3	4	5	6
事業所名	就労支援センター　札幌市障がい福祉課									

サービス種類　45・46

※ 平成 24 年 7 月処理(再請求月)

過誤対象の実績について、実際に再請求を行いたい年月を記載してください。

過誤対象年月をすべて記載してください。

過誤該当月には○と記載してください。
それ以外は空欄としてください。

受給者証番号順に記載してください。
受給者が児童の場合は、
児童氏名を記載してください。

番号	受給者証番号 フリガナ 受給者氏名	過誤対象サービス提供年月 平成24年1月	平成24年2月	平成24年3月	平成24年4月								
1	1012345678 サッポロ　イチロウ 札幌　一郎	○	○	○	○								
2	2098765432 フクシ　ハナコ 福祉　花子	○	○	○	○								
3	3013579000 サッポロ　ジロウ 札幌　二郎	○	○	○	○								

※受給者証番号順に記載してください。