

障害児通所支援給付費等過誤調整依頼書

大村市長
(障がい福祉課自立支援給付グループ) 様

事業所番号	
事業所名称	印
事業所所在地	〒 _____ - _____ / _____
連絡先(電話番号)	_____
担当者印	
既に支払決定を受けております障害児通所支援給付費等について、下記サービス利用者分の過誤調整を依頼します。 年 月 日	

受給者番号 利用者氏名	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、大村市障がい福祉課の担当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。