

(ID:R11413)  
障害者総合支援

### 障害福祉サービス費等過誤決定通知書

平成 年 月 取扱分

平成 年 月 日 頁

過誤申立については、下記の通り決定いたしましたので通知します。

〇〇〇 国民健康保険団体連合会

事業所番号	
事業所名	

障害福祉サービス費

市町村番号 市町村名	受給者証番号 受給者氏名	サービス 提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	単位数 特定障害者特別給付費	市町村負担額	自治体助成分請求額 高額障害福祉サービス費
		平成 年 月					
合計							

過誤となった事由を表示します。

過誤となった請求明細書等の単位数を表示します。(特定障害者特別給付費の場合、次行に給付費請求額を表示します。)

過誤となった請求明細書等の市町村負担額、自治体助成分請求額、高額障害福祉サービス費を表示します。(特定障害者特別給付費の場合、次行に給付費請求額を表示します。)

件数の合計を表示します。明細書の実件数を表示するため、合計が一致しないこともあります。(1枚の請求明細書で複数サービス種類の請求がある場合等)

単位数の合計を表示します。(特定障害者特別給付費は含まれません。)

各列の合計を表示します。該当事業所で複数ページに跨る場合には、最終ページに合計値を表示します。

合計	件数	単位数	市町村負担額	自治体助成分請求額	高額障害福祉サービス費
----	----	-----	--------	-----------	-------------