障害福祉サービス費等過誤申立依頼書

木城町長　殿

事業所番号										
事業所名										
担当者名										
連絡先										

下記の障害福祉サービス費等について、宮崎県国民健康保険団体連合会への過誤申立を依頼します。　　令和　　年　　月　　日

【 記 入 例 】

	受給者番号 受給者氏名	サービス提供年月	請求明細 様式番号	申立依頼理由
例	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 宮 崎 太 郎	令和〇〇年12月	様式第二	身体介護の提供回数誤り（6回のところを5回で請求）

	受給者番号 受給者氏名	サービス提供年月	請求明細 様式番号	申立依頼理由
1		令和　年　月	様式第	
2		令和　年　月	様式第	
3		令和　年　月	様式第	
4		令和　年　月	様式第	
5		令和　年　月	様式第	
6		令和　年　月	様式第	
7		令和　年　月	様式第	
8		令和　年　月	様式第	