障害者自立支援給付費等過誤申立書

（市町村名）

秦 野 市 長　　あて

事業所番号				
事業所名称				
所在地				
連絡先	TEL			担当者
	FAX			

下記の障害者自立支援給付費等について、過誤を申し立てます。

月　　日

証記載市(区)町村番号	受給者番号	サービス提供年月	審査年月	サービス種類	過誤申立事由
1 4 2 1 1 7					

【記載上の注意】
○記載に当たっては、提供年月ごとに、受給者番号順に記載して下さい。
○枚数が2枚以上の場合は、右下に記載して下さい。例） 3枚の場合 1/3･･･3/3