

事業所 → 港区 障害者福祉課 請求担当宛て (FAX:03-3578-2678)

依頼日：

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
F A X 番号	

返 戻 依 頼 書

下記について、返戻の処理を依頼します。

番号	受給者証番号 (受給者証番号順に記載 してください)	フリガナ	サービス種類	サービス提供 年月	請求誤りの理由 (簡単に)
		受給者氏名			
例	1234567890	ミナト ハナコ 港 花子	居宅 (身体介護)	R2.2月	加算の付け忘れのため
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					