(ID:XXXXXX)
障害者自立支援

障害福祉サービス費等支払決定増減表

令 和 X X 年 X X 月 受 付 分

令和XX年xx月xx日　　1 頁
茨城県国民健康保険団体連合会

事業所番号	0810000001
事業所名	ＡＡＡ事業所

障害福祉サービス費

都道府県番号	都道府県名	サービス提供年月	請求差		返戻		備考
			件数	処遇改善助成金	件数	処遇改善助成金	
080000	茨城県	令和xx年11月	-1	1,500	2	1,000	
合　計			-1	1,500	2	1,000	

※　この表は請求のあった処遇改善助成金のうち、請求書と請求明細書の積上げとの差、返戻　のあったものについて通知するものです。