

## 障害者自立支援給付費等否決申立書

海老名市長 殿 (FAX 046-233-5731)

申立日 年 月 日

下記の障害者自立支援給付費等請求について、否決を申し立てます。

事業所番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名称

---

事業所所在地

---

電話番号

---

担当者名

---

1	市町村番号	受給者番号	提供年月日	審査年月日	サービス名	申立理由
1	1 4 2 1 5 8					
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						