

過誤申立書

大和高田市 社会福祉課 殿

事務所番号										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業者名
所在地
代表者名
連絡先(電話番号)

平成 年 月 日

下記の内容について、過誤を申し立てます。

証記載市町村番号	受給者番号				サービス提供年月	申立事由 コード	申立事由	※同月 過誤
	1桁目	2桁目	3桁目	4桁目				
					平成 年 月			
					平成 年 月			
					平成 年 月			
					平成 年 月			
					平成 年 月			
					平成 年 月			
					平成 年 月			
					平成 年 月			

申立事由コード

1桁目	2桁目	3桁目	4桁目
様式番号 申立理由番号			

※同月過誤取り下げを行う場合は、この欄 1 を記入してください。

・申立理由番号

番号	内容
02	請求戻りによる実績取り下げ
11	台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
32	提供実績記録票取り消しによる実績に取下げ
33	上限の誤りによる実績取り下げ
99	その他の事由による実績の取下げ

番号	内容
10	介護給付費・訓練等給付費明細書(様式第二)
11	介護給付費・訓練等給付費明細書(様式第三)
20	サービス利用計画作成費請求書(様式第四)
30	特例介護給付費・特例訓練等給費等明細書(様式第六)
40	障害児施設給付費明細書(様式第二)
50	地域生活支援事業明細書