

過誤申立書(障害福祉サービス費等)

大和高田市社会福祉事務所長 様

事業所番号			
所在地			
事業所名			
担当者名		電話	

下記の障害福祉サービス費等の給付について、過誤を申し立てます。

令和 年 月 日

No.	受給者証番号	支給決定障害者等 氏名(障害児氏名)	サービス 提供年月	申立事由コード		申立事由	※同月過誤
				様式番号	事由番号		
1			令和 年 月				
2			令和 年 月				
3			令和 年 月				
4			令和 年 月				
5			令和 年 月				
6			令和 年 月				
7			令和 年 月				
8			令和 年 月				
9			令和 年 月				
10			令和 年 月				

※同月過誤取り下げは、この欄に「1」を記入してください

様式番号

番号	様式
10	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二)
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三)
12	地域相談支援給付費明細書(様式第五)
21	計画相談支援給付費請求書(様式第四)
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書(様式第六)
41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)
50	地域生活支援事業明細書

申立事由番号

番号	申立事由
02	請求誤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	提供実績記録票誤りによる実績取り下げ
33	上限額管理結果票誤りによる実績取り下げ
99	その他の事由による実績取り下げ