

事業所→市

障害者自立支援給付費等過誤申立書

年 月 日

(宛先) 阿賀野市長 様

請求に過誤がありましたので、下記のとおり申し立てます。

事業所番号										
事業所名										
電話番号								担当者		
FAX番号										

受給者番号 受給者氏名	サービス提供年月	請求年月	様式番号	事由番号	申立事由(99の場合のみ記載)	過誤区分 番号
0 0 0 5 0 1 2 × × ×	令和2年5月	令和2年6月	10	0 2		0 2
新潟 花子						

記載例

様式番号

番号	様式	番号	様式
10	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二)	41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三)	60	障害児相談支援給付費請求書(様式第三)
12	地域相談支援給付費明細書(様式第五)	70	特例障害児通所給付費等明細書(様式第五)
21	計画相談支援給付費請求書(様式第四)	71	特例障害児相談支援給付費請求書(様式第六)
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書(様式第六)		
31	特例計画相談支援給付費請求書(様式第十)		

事由番号

番号	申立事由
01	受給者台帳誤りによる過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
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

過誤区分番号

番号	区 分
01	同月過誤
02	通常過誤