

# 過誤申立書

(宛先)加賀市

事業所番号			
事業所名	印		
担当者名		連絡先	

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

	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		申立事由等
				様式番号	理由番号	
1			平成    年    月			
2			平成    年    月			
3			平成    年    月			
4			平成    年    月			
5			平成    年    月			
6			平成    年    月			
7			平成    年    月			
8			平成    年    月			
9			平成    年    月			
10			平成    年    月			

※申立事由コードの「様式番号」「理由番号」については下記一覧表を参照してください。

申立事由コード

様式番号	明細書様式
10	様式第二 介護給付費・訓練等給付費明細書(共同生活援助以外)
11	様式第三 介護給付費・訓練等給付費明細書(共同生活援助)
12	様式第五 地域相談支援給付費明細書
20	様式第四 計画相談支援給付費請求書(サービス等利用計画費請求書)

理由番号	申立理由
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	上限の誤りによる実績取り下げ
99	その他の理由による実績取り下げ