

障 害 児 給 付 費 等 過 誤 申 立 書

記載例

都道府県等から指定を受けた事業所番号を記載して下さい。
※地域生活支援事業等の番号ではありません。

市町村番号 : 1 2 2 2 9 7
市町村名 : 袖ヶ浦市

事業所番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
事業所名称	○△事業所
担当者名	袖ヶ浦 花子
電話番号	000-0000-0000
FAX番号	000-000-0000

下記の障害児通所給付費・入所給付費等について、過誤を申し立てます。

申立年月日 : 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

番号	受 給 者 証 番 号										フリガナ	サービス提供年月	請求年月	申立事由コード		申 立 事 由
											受給者氏名			様式番号	申立理由	
														※1	※2	
1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	ヤチヨ タロウ 八千代 太郎	令和5年2月	令和5年3月	4	1 0 2	請求誤りによる実績取り下げ
2																
3																
4																
5																
6																
7																

過誤請求の対象となるサービスを「提供した年月」及び「請求した年月」の両方の年月を必ず記入して下さい。

下段に記載されている「様式番号」及び「申立理由番号」をそれぞれ記入して下さい。

過誤請求の対象となるサービスを「提供した年月」及び「請求した年月」の両方の年月を必ず記入して下さい。

下段に記載されている「様式番号」及び「申立理由番号」をそれぞれ記入して下さい。

※申立事由コード（前2桁：様式番号、後2桁：申立理由番号）

【様式番号】(前2桁)

4 1	障害児通所給付費・入所給付費等明細書（様式第二）
6 0	障害児相談支援給付費請求書（様式第三）
7 0	特例障害児通所給付費等明細書（様式第五）
7 1	特例障害児相談支援給付費請求書

【申立理由番号】(後2桁)

0 2	請求誤りによる実績取り下げ
1 1	台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
3 2	提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
3 3	上限の誤りによる実績取り下げ
9 9	その他の事由による実績の取り下げ