

事業所 → 市町村

障害介護給付費等過誤申立書

市町村番号 : 1 2 2 2 7
 市町村名 : 浦安市

御中

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

下記の給付費について、過誤を申し立てます。

申立年月日 : 年 月 日

番号	受給者証番号								フリガナ		サービス提供年月	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: 番号	※2
1									-----					
2									-----					
3									-----					
4									-----					
5									-----					

※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)

1 0	介護給付費・訓練等給付費等明細書 <共同生活介護、共同生活援助以外> (様式第二)
1 1	介護給付費・訓練等給付費等明細書 <共同生活介護、共同生活援助> (様式第三)
1 2	地域相談支援給付費明細書 (様式第五)
2 1	計画相談支援給付費請求書 (様式第四)
3 0	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書 <基準該当> (様式第六)
3 1	特例計画相談支援給付費請求書 <基準該当> (様式第十)
4 1	障害児通所給付費・入所給付費等明細書 (様式第二)
5 0	地域生活支援事業明細書
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 (様式第六)

【申立理由番号】(後2桁)

0 1	台帳誤り修正による市町村申立の過誤調整
0 2	請求誤りによる実績取り下げ
0 9	時効による市町村申立の取り下げ
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 0	その他の事由による台帳過誤
9 9	その他の事由による実績の取り下げ