

障 害 児 給 付 費 等 過 誤 申 立 書

市町村番号 : 1 2 2 3 1 7
市町村名 : 印西市

事業所番号									
事業所名称									
担当者名									
電話番号									
F A X 番号									

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 ※1	申立理由 番号 ※2			
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		

※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