

障 害 介 護 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）

1 0	介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第二） ＜共同生活介護、共同生活援助以外＞
1 1	介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第三） ＜共同生活介護、共同生活援助＞
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・特例訓練等給付明細書（様式第六） ＜基準該当＞
5 0	地域生活支援事業明細書

【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