

障害児給付費等過誤申立書

市町村番号 : 122127
 市町村名 : 佐倉市

事業所番号							
事業所名称							
担当者名							
電話番号							
FAX番号							

下記の介護給付・訓練等給付費について、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 受給者氏名	サービス提供年月	請求年月	申立事由コード		申立事由		
														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2)
6	0	障害児相談支援給付費請求書	(様式第3)
7	0	特例障害児通所給付費等明細書	(様式第5)
7	1	特例障害児相談支援給付費請求書	(様式第6)

【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