

事業所 → 区市町村

過 誤 申 立 書 (障 害 福 祉 サ ー ビ ス)

区市町村番号 132195
 区市町村名 狛江市 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 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	申立事由 コード※	申立事由
1					
2					
3					
4					
5					

※申立事由コード(上2桁:様式番号、下2桁:申立理由番号)
【様式番号】(上2桁)

10	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二) ＜共同生活援助以外＞
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三) ＜共同生活援助＞
12	地域相談支援給付費明細書(様式第五)
21	計画相談支援給付費請求書(様式第四)
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書(様式第六) ＜基準該当＞
31	特例計画相談支援給付費請求書(様式第十)
41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)
50	地域生活支援事業明細書
60	障害児相談支援給付費請求書(様式第三)
70	特例障害児通所給付費明細書(様式第五)
71	特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書(様式第六)

【申立理由番号】(下2桁)

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

問合せ先 狛江市高齢障がい課障がい者支援係
 TEL 03-3430-1111(代表) FAX 03-3480-1133