

障害者自立支援給付費等過誤申立書

平成 年 月 日

川西市長 様

請求に過誤がありましたので、下記のとおり申し立てます。

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

受給者証番号 受給者氏名	サービス提供年月	請求年月	様式番号	事由番号	申立事由(99の場合のみ記載)	再請求の有無
0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 (例) 川西 太郎	201502	201503	10	0 2		有

* 再請求の有無を「有」とした場合は、過誤の明細書、正しい明細書、実績記録票及び上限額管理結果票の写を添付のこと

様式番号

番号	様式
10	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二)
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三)
20	サービス利用計画作成費請求書(様式第四)
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書(様式第六)

西暦(4桁) + 月(2桁)
の6桁を半角数字で入力

事由番号

番号	申立事由
01	受給者台帳誤りによる過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
32	提供実績記録票誤りによる実績取り下げ
33	上限額管理結果票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

(注) 本体報酬(介護給付費等)の請求内容に誤りはないが、福祉・介護人材処遇改善事業助成金の請求漏れにより申立を行う場合は、事由番号「99」、申立事由「処遇改善助成金の請求漏れ」と記載すること。