**障害福祉サービス費等過誤申立書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 事業所名 | 印 | | |
| 担当者名 |  | 電話 |  |

平群町長　様

下記の障害福祉サービス費等の給付について、過誤を申し立てます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受給者証番号 | | | | | | | | | | 障害者（児）氏名 | サービス提供年月 | 申立事由コード | | | | 申立事由（99の場合のみ記載） | 再請求の有無 |
| 様式 | | 事由 | |
| 1 | 2 | 9 | 3 | 4 | 2 |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 2 | 9 | 3 | 4 | 2 |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 2 | 9 | 3 | 4 | 2 |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 2 | 9 | 3 | 4 | 2 |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 2 | 9 | 3 | 4 | 2 |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 2 | 9 | 3 | 4 | 2 |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 2 | 9 | 3 | 4 | 2 |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  |  |  |  |  |

様式番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事由番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 様　　式 |  | 番号 | 申　立　事　由 |
| 10 | 介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第二） |  | 02 | 請求誤りによる実績取り下げ |
| 11 | 介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第三） |  | 11 | 台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ |
| 12 | 地域相談支援給付費明細書（様式第五） |  | 32 | 提供実績記録票誤りによる実績取り下げ |
| 21 | 計画相談支援給付費明細書（様式第四） |  | 33 | 上限管理結果票誤りによる実績取り下げ |
| 30 | 特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書（様式第六） |  | 99 | その他の事由による実績取り下げ |
| 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 |  |