

【障害者自立支援給付費・障害児通所給付費】 **過 誤 申 立 書**

【再請求予定月()月 ・ 無】

寝屋川市長様

下記の内容について、過誤を申し立てます。

平成 年 月 日

事業所番号									
事業所名									
所在地									
代表者名	印								
電話番号									
担当者氏名									

受給者証番号					受給者氏名	サービス提供年月	申立事由 コード	申立事由	同月
0	0	0	0	0		平成 年 月			
0	0	0	0	0		平成 年 月			
0	0	0	0	0		平成 年 月			
0	0	0	0	0		平成 年 月			
0	0	0	0	0		平成 年 月			
0	0	0	0	0		平成 年 月			
0	0	0	0	0		平成 年 月			
0	0	0	0	0		平成 年 月			

※同月過誤を行う場合は、「同月」欄に○を記入してください。

・申立事由コード

1桁目	2桁目	3桁目	4桁目
-----	-----	-----	-----

様式番号

申立理由番号

寝屋川市 福祉部 障害福祉課
〒572-8533
大阪府寝屋川市池田西町28番22号
Tel 072-824-1181

・様式番号

番号	内容
10	介護給付費・訓練等給付費明細書（様式第二）
11	介護給付費・訓練等給付費明細書（様式第三）
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給付費請求書（様式第四）
41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書（様式第二）
60	障害児相談支援給付費請求書（様式第三）

・申立理由番号

番号	内容
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