

【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。

年 月 日

事業所番号									
事業所名									
所在地									
代表者名									
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	0						年 月			
0	0	0	0	0	0						年 月			
0	0	0	0	0	0						年 月			
0	0	0	0	0	0						年 月			
0	0	0	0	0	0						年 月			
0	0	0	0	0	0						年 月			
0	0	0	0	0	0						年 月			
0	0	0	0	0	0						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