事業所　→　区市町村

過 誤 申 立 書（障害児通所給付費）

区市町村番号

区市町村名　　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					
6					
7					

※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）

41	障害児通所給付費明細書（様式第二）
60	障害児相談支援給付費請求書（様式第三）
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の取り下げ

区市町村　　電話番号　（　　）

担当者名　（　　）