

事業所 → 市町村

## 障害介護給付費等過誤申立書

市町村番号 1 2 2 3 0 9

市町村名 八街市

下記の介護給付・訓練給付費等について、過誤を申し立てます。

申立年月日 : 令和 年 月 日

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

番号	受給者証番号										フリガナ 受給者氏名	サービス提供年月	申立コード				申立事由
													様式番号		申立理由番号		
1												年 月 日					
2												年 月 日					
3												年 月 日					
4												年 月 日					
5												年 月 日					

### 【様式番号】（前2桁）

1	0	介護給付費・訓練給付費明細（共同生活介護・共同生活援助）	(様式第二)
1	1	介護給付費・訓練給付費明細（共同生活介護・共同生活援助以外）	(様式第三)
2	0	サービス利用計画作成費請求書	(様式第四)
2	1	計画相談給付費請求書	(様式第四)
3	0	特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書	(様式第六)
3	1	特例計画相談支援給付費請求書	(様式第十)
4	1	障害児通所給付費・入所給付費等明細書	(様式第二)
6	0	障害児相談支援給付費請求書	(様式第三)
7	0	特例障害児通所給付費等明細書	(様式第五)
7	1	特例障害児相談支援給付費請求書	(様式第六)

### 【様式番号】（後2桁）

0	2	請求誤りによる実績取り下げ
1	1	台帳誤り修正による事業所申立の過誤調整
3	2	提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
3	3	上限誤りによる実績取り下げ
9	0	その他の事由による台帳過誤
9	9	その他の事由による実績の取り下げ

事業所 → 市町村

## 障害介護給付費等過誤申立書

市町村番号 1 2 2 3 0 9  
市町村名 八街市

下記の介護給付・訓練給付費等について、過誤を申し立てます。

申立年月日 : 令和3年4月30日

過誤申立処理は申立書が提出された翌月に行います。  
(この例では令和3年5月に処理)

事業所番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
事業所名称	△△△事業所
担当者名	○○○○
電話番号	000-000-0000
FAX番号	000-000-0000

番号	受給者証番号										ふりがな	サービス提供年月	申立コード				申立事由
											受給者氏名		様式番号	申立理由番号			
1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	やちまた たろう 八街 太郎	令和3年5月	1	0	0	2	請求誤りのため
2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	やちまた はなこ (たろう) 八街 花子 (太郎)	令和3年1月～6月	4	1	0	2	請求誤りのため
3												年 月					
4												年 月					
5												年 月					

受給者番号順にご記載ください。

児童のサービスを利用している場合は、「児童氏名(保護者名)」でご記載ください。

提供期間が複数月にまたがる場合はまとめて記載いただいても構いません。

### 【様式番号】 (前2桁)

1 0	介護給付費・訓練給付費明細 (共同生活介護・共同生活援助)	(様式第二)
1 1	介護給付費・訓練給付費明細 (共同生活介護・共同生活援助以外)	(様式第三)
2 0	サービス利用計画作成費請求書	(様式第四)
2 1	計画相談給付費請求書	(様式第四)
3 0	特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書	(様式第六)
3 1	特例計画相談支援給付費請求書	(様式第十)
4 1	障害児通所給付費・入所給付費等明細書	(様式第二)
6 0	障害児相談支援給付費請求書	(様式第三)
7 0	特例障害児通所給付費等明細書	(様式第五)
7 1	特例障害児相談支援給付費請求書	(様式第六)

### 【様式番号】 (後2桁)

0 2	請求誤りによる実績取り下げ
1 1	台帳誤り修正による事業所申立の過誤調整
3 2	提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
3 3	上限誤りによる実績取り下げ
9 0	その他の事由による台帳過誤
9 9	その他の事由による実績の取り下げ