

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	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												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・共同生活援助以外）	（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）	（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