

障害者自立支援給付費等過誤申立書

令和 ○ 年 ▲ 月 × 日

三 木 市 長 様

請求に過誤がありましたので、下記のとおり申し立てます。

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
事業所名	事業所 みつきい									
電話番号	0794-〇〇-▲▲▲▲▲								担当者名	●●
FAX番号	0794-〇〇-▲▲××									

受給者証番号 受給者氏名											サービス提供年月		請求年月		様式番号	事由番号		申立事由(99の場合のみ記載)	再請求の有無
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	令和6年4月	令和6年5月	10	0	2			有		
三木 太郎																			

* 再請求の有無を「有」とした場合は、過誤の明細書、正しい明細書、実績記録票及び上限額管理結果票の写を添付のこと

様式番号

番号	様式
10	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二)
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書(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請求書(様式第四)
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書(様式第六)
50	地域生活支援事業明細書
41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)

様式番号

事由番号

番号	申立事由
01	受給者台帳誤りによる過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
32	提供実績記録票誤りによる実績取り下げ
33	上限額管理結果票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

事由番号

(注) 本体報酬(介護給付費等)の請求内容に誤りはないが、福祉・介護人材処遇改善事業助成金の請求漏れにより申立を行う場合は、事由番号「99」、申立事由「処遇改善助成金の請求漏れ」と記載すること。