

障害者総合支援給付費等過誤申立書

年 月 日

北見市長 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									
事業所名	印								
電話番号								担当者名	
FAX番号									

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 (2けた)	事由番号 (2けた)	申立事由 (具体的に記載)	再請求 の有無

*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管理結果票の写しを提出のこと

様式番号

番号	様式 (様式番号)	番号	様式 (様式番号)
10	介護給付費・訓練等給付費等明細書 (二)	41	障害児通所給付費等明細書 (四)
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書 (三)	60	障害児相談支援給付費請求書 (五)
20	サービス利用計画作成費請求書 (四)	70	特例障害児通所給付費等明細書 (七)
21	計画相談支援給付費請求書 (四)	71	特例障害児相談支援給付費請求書 (八)
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書 (六)		

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

(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。