

障害児通所（入所）給付費等過誤申立書

堺市 殿

指定事業所番号										
事業所名										
所在地										
代表者名										
担当者名										
連絡先（電話番号）										

障害児通所（入所）給付費等について下記のとおり、過誤を申し立てます。

令和 年 月 日

都道府県番号						受給者証番号						児童氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由	同月	
2	7	1	4	0	3								年 月				
													年 月				
													年 月				
													年 月				
													年 月				
													年 月				
													年 月				
													年 月				
													年 月				
													年 月				

・申立事由コード

・様式番号

※同月過誤を行う場合は、「同月」欄に○を記入してください。

1桁目	2桁目	3桁目	4桁目
-----	-----	-----	-----

番号	内容
41	障害児通所（入所）給付費等明細書（様式第二）
60	障害児相談支援給付費等明細書（様式第三）

・申立事由番号

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	提供実績記録票取り下げ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	その他の誤りによる実績取り下げ

（注1）新旧の給付費等明細書を添付してください。

（注2）代表者名欄は、署名または記名押印してください。