障害者自立支援給付費等過誤申立書

令和　　年　　月　　日

川西市長　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										
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	事由番号		申立事由（99の場合のみ）	再請求年月
0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 （例） 川西　太郎	202405	202406	10	0	2		202407

＊正誤の明細書（実績記録票・上限額管理結果票にも誤りがある場合は正誤の同記録票・結果票）の写しを添付

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）
20	サービス利用計画作成費請求書（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）

西暦（4桁）＋月（2桁）
の6桁を半角数字で入力

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。