

障害児通所給付費等過誤申立書

大泉町長 様

令和 年 月 日

請求に過誤がありましたので、 月受付審査で
同月 ・ 通常 過誤を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の場合のみ記載)	再請求の有無
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	平成26年8月	平成26年9月	10	0 2		有
大泉 花子						

様式番号

番号	様 式
41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)
60	障害児相談支援給付費請求書(様式第三)
70	特例障害児通所給付費等明細書(様式第五)
71	特例障害児相談支援給付費請求書(様式第六)

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