

障害福祉サービス費等過誤申立書

佐野市(092049) あて

事業所番号			
事業所名			
担当者名		電話	

次の内容についての障害福祉サービス費等の給付について、過誤を申し立てます。

年 月 日

No.	受給者証番号	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	サービス 提供年月	申立事由コード		申立事由等
				様式番号	理由番号	
1			年 月			
2			年 月			
3			年 月			
4			年 月			
5			年 月			
6			年 月			
7			年 月			
8			年 月			
9			年 月			
10			年 月			

申立事由コード			
様式番号		理由番号	
10	介護給付費・訓練等給付費明細書(様式第二)	02	請求誤りによる実績取り下げ
11	介護給付費・訓練等給付費明細書(様式第三)	99	その他の理由による実績取り下げ
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・訓練等給付費明細書(様式第六)		
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)		