

障害福祉サービス費等過誤申立書

(あて先)滑川町長

事業所番号			
事業所名			
担当者名		電話	

下記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

	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			

※ サービス提供実績記録票は、明細書とセットで過誤(取下げ)が行われますので、再請求の際には必ずサービス提供実績記録票も再提出してください。

※ 利用者負担上限額管理結果票に修正が生じる場合は、明細書の再提出に合わせて修正を行ってください。事前に関係事業所の明細書の取下げが必要な場合があります。

※ 申立事由コードは右の表を参照してください。

※ 過誤処理を行うと、取り下げる明細書の受領済み額全額が過誤決定月の通常の支払額から差し引かれますので、多数の過誤処理を行う場合はご注意ください(差額調整ではありません)。

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)		
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)		