

障害福祉サービス費 過誤申立書

(あて先)

市町村番号	093617
市町村名	壬生町

事業者番号	
事業者名	
所在地	〒 ー
連絡先	電話番号

下記の障害福祉サービス費について、過誤申立により支払実績を取り下げます。

令和 年 月 日

受給者証番号 利用者氏名	サービス提供年月	取り下げ金額	申立コード	申立事由
	令和 年 月			
	令和 年 月			
	令和 年 月			
	令和 年 月			
	令和 年 月			
	令和 年 月			
	令和 年 月			
	令和 年 月			
	令和 年 月			
	令和 年 月			

※申立事由コード(前2桁:様式番号、後2桁:申立理由番号)

【様式番号】(前2桁)

1 0	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二)
1 1	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三)
1 2	地域相談支援給付費明細書(様式第五)
2 0	サービス利用計画作成費請求書(様式第四)
2 1	計画相談支援給付費請求書(様式第四)
3 0	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書(様式第六)
3 1	特例計画相談支援給付費請求書(様式第十)

【申立理由番号】(後2桁)

0 1	台帳誤り修正による市町村申立の過誤調整
0 2	請求誤りによる実績取り下げ
0 9	時効による市町村申立の取り下げ
1 1	台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
3 2	提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
3 3	上限の誤りによる実績取り下げ
9 0	その他の事由による台帳過誤
9 9	その他の事由による実績の取り下げ