

障害者自立支援給付費等過誤申立書(請求取下依頼書)

(市町村名)

小田原市 あて

下記の障害者自立支援給付費等について、過誤を申し立てます。

① 令和 年 月 日

②

事業所番号										
事業所名称										
所在地										
連絡先	電話番号									
	FAX									

例	③	④	⑤	審査年月	サービス種類	過誤申立の理由	⑥		
	証記載市(区)町村番号	受給者番号	サービス提供年月				申立事由コード (市町村記入欄)		
	1 4 2 0 6 7	0 0 0 0 0 0 1 2 3 4	2 0 0 7 0 9	2 0 0 7 1 0	居宅介護	請求明細書のサービスコードを誤ったため			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

※太枠の中をご記入ください。

※○数字は市町村用の記号です。

* 申立事由コード(様式番号(2桁)+申立事由番号(2桁))

様式番号

申立事由番号

10: 介護・訓練等給付費(様式第二)

01: 台帳誤り等による市町村申立

11: 介護・訓練等給付費(様式第三)

02: 請求誤りによる

20: サービス計画作成費(様式第四)

09: 時効による市町村申立

30: 特例介護・訓練給付費(様式第六)

11: 台帳誤りによる事業所申立

50: 地域生活支援事業

32: 提供実績票の誤りによる実績取り下げ

33: 上限の誤りによる実績の取り下げ

90: その他の事由による台帳過誤

99: その他の事由による取り下げ