

(障がい児通所給付等)

過 誤 申 立 書

(あて先) 高 槻 市

事業所番号									
事業所名									
所在地									
代表者名									印
連絡先(電話番号)									

下記の内容について、過誤を申し立てます。

令和 年 月 日

証記載市町村番号	受給者証番号	サービス提供年月	申立事由 コード	申立事由	同月
		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			
		令和 年 月			

・ 申立事由コード

・ 様式番号

※同月過誤を行う場合は、「同月」欄に○を記入してください。

1桁目	2桁目	3桁目	4桁目
様式番号		申立理由番号	

番号	内容
41	障害児通所給付費明細書(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明細書(様式第五)
71	特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書(様式第六)

・ 申立理由番号

番号	内容
02	請求誤りによる実績取り下げ
11	台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
32	提供実績記録票取消しによる実績の取り下げ
33	上限の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