

## 過 誤 申 立 書

四條畷市長 あて

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	受給者番号	サービス提供年月	申立事由コード ※1	申立事由	同月 ※2	再請求月 ※3
2 7 2 2 9 4		令和・平成 年 月				月
		令和・平成 年 月				月
		令和・平成 年 月				月
		令和・平成 年 月				月
		令和・平成 年 月				月
		令和・平成 年 月				月
		令和・平成 年 月				月
		令和・平成 年 月				月

※1 申し立て事由コードは、下記の「様式番号」と「申立理由番号」を組合わせた4ケタの数字をご記入ください。

例) 様式第二号の誤り、申立事由が請求誤りによる取下げの場合 ⇒ 

1	0	0	2
---	---	---	---

 となります。

※2 同月過誤を行う場合は、「○」をご記入ください。

※3 再請求月をご記入ください。

● 様式番号(障がい者支援給付費等)

番号	内容
1 0	グループホーム・ケアホーム以外の障がい福祉サービス(様式第二)
1 1	グループホーム・ケアホーム(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)

● 申立理由番号

番号	内容
0 2	請求誤りによる実績取り下げ
1 1	台帳誤り修正による事業所申立の取り下げ
3 2	提供実績記録票取り消しによる実績の取り下げ
3 3	上限の誤りによる実績の取り下げ
9 9	その他の事由による実績取り下げ

● 様式番号(障がい児給付費等)

番号	内容
4 1	障がい児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)
6 0	障がい児相談支援給付費請求書(様式第三)