

(任意様式)

障害児通所支援：過誤申立依頼書

申立日 年 月 日

柳井 市長 宛

事業所番号		電話番号	
事業所名称		FAX番号	
担当者			

下記のとおり、障害児通所支援等に係る請求に過誤がありましたので申立てします。

番号	受給者番号										フリガナ 児童氏名	サービス提供年月	様式番号	申立事由 番号	申立事由	再請求の 有無	
1													年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ		
2													年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ		
3													年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ		
4													年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ		
5													年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ		
6													年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ		
7													年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ		
8													年 月		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ		

様式番号

番号	様式
41	障害児通所給付費明細書（様式第2）
60	障害児相談支援給付費請求書（様式第3）
70	特例障害児通所給付費明細書（様式第5）
71	特例障害児相談支援給付費請求書（様式第6）

事由番号

番号	申立事由
11	受給者台帳誤りによる過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
32	提供実績記録票誤りによる実績取下げ
33	上限額管理結果票誤りによる取下げ
99	その他事由による実績取下げ