

(任意様式)

障害者総合支援法：過誤申立依頼書

申立日 令和7 年 mm 月 dd 日

柳井 市長 宛

|       |            |       |              |
|-------|------------|-------|--------------|
| 事業所番号 | 3500000000 | 電話番号  | 0123-01-0001 |
| 事業所名称 | 〇〇事業所      | FAX番号 | 0123-01-0002 |
|       |            | 担当者   | 佐藤           |

下記のとおり、障害者自立支援給付費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              | サービス提供年月   | 様式番号 | 申立事由<br>番号 | 申 立 事 由  | 再請求の<br>有無 |
|----|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|------------|------|------------|--|------------|
|    |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 氏名                |            |      |            |  |            |
| 1  | 0     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | ヤナイ マルマル<br>柳井 〇〇 | 令和 6 年 4 月 | 10   | 02         | <input checked="" type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ<br><input type="checkbox"/> 県の指導検査のため<br><input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ | 有          |
| 2  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   | 月          |      |            | <input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ<br><input type="checkbox"/> 県の指導検査のため<br><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<br><input type="checkbox"/> 県の指導検査のため<br><input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ            |            |
| 4  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |            |      |            | る取下げ<br>ため<br>績の取下げ  |            |
| 5  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |            |      |            | る取下げ<br>ため<br>績の取下げ  |            |
| 6  |       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                   |            |      |            | る取下げ<br>ため<br>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<br><input type="checkbox"/> 県の指導検査のため<br><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<br><input type="checkbox"/> 県の指導検査のため<br><input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ            |            |

連続する複数の月で過誤がある場合は、まとめて記載してください。  
例) 令和6年4～8月

過誤申立書提出期日は前月25日までです。(必着)  
25日までに受領した分は受領した月の翌月に、25日以降に受領した分は受領した月の翌々月に処理いたします。  
25日が休日である場合や年末年始の提出日については、お問い合わせください。  
過誤請求後に正しい情報で再請求を行ってくださいますよう、お願いいたします。  
なお、過誤前後の請求書の添付は省略してかまいません。

様式番号

| 番号 | 様式                        |
|----|---------------------------|
| 10 | 介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第2）    |
| 11 | 介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第3）    |
| 20 | サービス利用計画作成費請求書（様式第4）      |
| 30 | 特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書（様式第6） |

事由番号

| 番号 | 申立事由              |
|----|-------------------|
| 01 | 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     |