

事業所→市町

障害者総合支援給付費等の過誤(取下げ)申立書

事業所番号										
事業所名										
所在地										
連絡先・担当	TEL								担当	

_____様

下記の障害者総合支援給付費等について、過誤(取下げ)を申し立てます。

市町番号					
------	--	--	--	--	--

_____年 月 日

	受給者番号	受給者名	サービス提供年月	申立事由コード		申立事由
				様式番号	申立理由番号	
1			年 月			
2			年 月			
3			年 月			
4			年 月			
5			年 月			
6			年 月			
7			年 月			
8			年 月			
9			年 月			
10			年 月			

※ サービス提供実績記録票は、セットで過誤(取下げ)が行われますので、請求明細書の再請求の際には必ず再提出してください。

※ 申立事由コードについては、右表参照

※ 過誤処理を行った場合は、明細書単位で受領済の金額がマイナスされますので、多数の過誤処理を行う場合はご注意ください(差額調整ではありません)

申立事由コード／様式番号		申立事由コード／申立理由番号	
10	介護給付費・訓練等給付費明細書(様式第二)	02	請求誤りによる実績取り下げ
11	訓練等給付費明細書(様式第三)		
12	地域相談支援給付費明細書(様式第五)		
20	サービス利用計画作成費請求書(様式第四)		
21	計画相談支援給付費請求書(様式第四)	32	実績記録票誤りによる取り下げ(明細書)
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書(様式第六)		
31	特例計画相談支援給付費請求書(様式第十)	33	上限誤りによる実績取り下げ
41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)		
50	地域生活支援事業明細書		
60	障害児相談支援給付費請求書(様式第三)	99	その他の理由による実績取り下げ
70	特例障害児通所給付費等明細書(様式第五)		
71	特例障害児相談支援給付費請求書(様式第六)		