

事業所→町

障害者自立支援給付費等過誤申立書

令和 年 月 日

あて先 津幡町長 様

請求に過誤がありましたので、下記のとおり申し立てます。

事業所番号									
事業所名								担当者	
電話番号									
FAX番号									

受給者番号 受給者氏名	サービス提供年月	請求年月	様式番号	事由番号	申立事由(99の場合のみ記載)

様式番号

番号	様式
10	介護給付費・訓練等給付費明細書(様式第二)
11	介護給付費・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)
21	計画相談支援給付費請求書(様式第四)
41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)
60	障害児相談支援給付費請求書(様式第三)

事由番号

番号	申立事由
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り下げ
99	その他の事由による実績取り下げ