事業所→市町村

障害者自立支援給付費等過誤申立書(請求取下依頼書)

(市町村名)

秦野市 あて

下記の障害者自立支援給付費等について、過誤を申し立てます。

令和 年 月 日

事業所番号	
事業所名称	
所在地	
連絡先	電話番号
	FAX

証記載市(区)町村番号	受給者番号	サービス提供年月	審査年月	サービス種類	過誤申立の理由	申立事由コード (市町村記入欄)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

※太枠の中をご記入ください。

* 申立事由コード(様式番号(2桁)+申立事由番号(2桁))

様式番号

申立事由番号

10: 介護・訓練等給付費(様式第二)

01: 台帳誤り等による市町村申立

11: 介護・訓練等給付費(様式第三)

02: 請求誤りによる

20: サービス計画作成費(様式第四)

09: 時効による市町村申立

30: 特例介護・訓練給付費(様式第六)

11: 台帳誤りによる事業所申立

50: 地域生活支援事業

32: 提供実績票の誤りによる実績取り下げ

33: 上限の誤りによる実績の取り下げ

90: その他の事由による台帳過誤

99: その他の事由による取り下げ