

障害者自立支援給付費等過誤申立書(請求取下依頼書)

大和市 あて

どちらかにチェックしてください。
 全国システムの請求を過誤
 (かながわシステムも過誤になります)
 かながわシステムの請求のみ過誤

事業所番号										
事業所名称										
連絡先	担当者									
	電話番号									
	FAX番号									

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

証記載市(区)町村番号	受給者番号	サービス提供年月	請求年月	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。なお、申立事由コードの記入は不要です。

【FAX送信先】
 障がい福祉課 046-262-0999
 すくすく子育て課 046-264-0202
※FAXした原紙を郵送する必要はありません

* 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
12: 地域相談支援給付費(様式第五)	09: 時効による市町村申立
21: 計画相談支援給付費(様式第四)	11: 台帳誤りによる事業所申立
30: 特例介護・訓練給付費(様式第六)	32: 提供実績票の誤りによる実績取り下げ
41: 障害児入所・通所給付費等(様式第二)	33: 上限の誤りによる実績の取り下げ
50: 地域生活支援事業	90: その他の事由による台帳過誤
60: 障害児相談支援給付費(様式第三)	99: その他の事由による取り下げ