

# 障害者自立支援給付費等過誤申立書

事業所→市(区役所)

年 月 日

(宛先) 新潟市長

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									
電話番号							担当者		
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)	過誤区分 番号
0 0 0 5 0 1 2 × × × 新潟 花子	平成24年5月	平成24年6月	10	0 2		0 2

記載例

## 様式番号

番号	様式	番号	様式
10	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二)	41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三)	60	障害児相談支援給付費請求書(様式第三)
12	地域相談支援給付費明細書(様式第五)	70	特例障害児通所給付費等明細書(様式第五)
21	計画相談支援給付費請求書(様式第四)	71	特例障害児相談支援給付費請求書(様式第六)
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書(様式第六)		
31	特例計画相談支援給付費請求書(様式第十)		

## 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
33	上限額管理結果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

## 過誤区分番号

番号	区分
01	同月過誤
02	通常過誤