

過誤申立書（障害福祉サービス・障害児支援）

事業所名	(担当者名 : _____ 電話番号 : _____)	事業所番号	
------	------------------------------	-------	--

下記の障害福祉サービス・障害児通所給付費等について、過誤を申し立てます。

	受給者番号					受給者氏名 (または受給児童保護者氏名)	サービス 提供年月	申立事由コード		再請求		備考
								様式番号	申立理由番号	有無	予定年月	
1	4	0	2	2	4							
2	4	0	2	2	4							
3	4	0	2	2	4							
4	4	0	2	2	4							
5	4	0	2	2	4							
6	4	0	2	2	4							
7	4	0	2	2	4							
8	4	0	2	2	4							
9	4	0	2	2	4							
10	4	0	2	2	4							

郵送または窓口への持参によりご提出してください。
 毎月末日（末日が閉庁日の場合はその前日）までに
 提出されたものは、翌月の再請求が可能です。

提出先・問い合わせ
 福津市 健康福祉部 福祉課 障がい福祉係
 〒811-3293 福津市中央1丁目1番1号
 電話 0940-43-8189

様式番号	申立理由番号
10：介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第二）	02：請求誤りによる実績取り下げ
11：訓練等給付費等明細書（様式第三）	09：時効による市町村申立の取り下げ
12：地域相談支援給付費明細書（様式第五）	11：台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
21：計画相談支援給付費請求書（様式第四）	32：提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
30：特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書（様式第六）	33：上限の誤りによる実績取り下げ
31：特例計画相談支援給付費請求書（様式第十）	99：その他の事由による実績の取り下げ
41：障害児通所給付費・入所給付費等明細書（様式第二）	
60：障害児相談支援給付費請求書（様式第三）	
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）	