

過誤申立書（障害福祉サービス・障害児支援）

事業所名	○○○○○○○○○○○○	事業所番号	4 0 * * * * * *
(担当者名 :	○○	電話番号 :	0940-**-****)

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。

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	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	甲立事由コード 様式番号 申立理由番		再請求		備考	
										1	2			3	4	有無	予定年月		
										4	0	2 2 4 * * * *	令和4年6月分	1	0	0	2	無	
										4	0	2 2 4 * * * *	令和3年12月分~ 令和4年2月分	1	1	0	2	有	令和4年8月
										4	0	2 2 4							
										4	0	2 2 4							
										4	0	2 2 4							
										4	0	2 2 4							
										4	0	2 2 4							
										4	0	2 2 4							
										4	0	2 2 4							

受給者が児童の場合は、保護者氏名を記入してください。

一名の受給者で、過誤の対象月が複数ある場合は、例のように1項目にまとめて記入しても構いません。

あてはまる番号を記入してください。

過誤による再請求は、  
①福津市への過誤申立書の提出  
②国保連への再請求 の2つの手続きが必要です。  
例の場合、過誤申立書を令和4年7月31日までに福津市に提出されなければ、福津市が国保連へ過誤申立情報を提出できないため、令和4年8月の再請求はできません。

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）	