

障害介護給付費等過誤申立書

市町村番号 : 1 2 1 0 0 4
 市町村名 : (あて先) 千葉市長

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
F A X 番号	

下記の介護給付・訓練等給付費について、過誤を申し立てます。

申立年月日 : 平成 年 月 日

番号	受給者証番号										フリガナ 受給者氏名	サービス提供年月	請求年月	申立事由コード		申立事由	
														様式番号	申立理由 1 番号 2		
1											-----						
2											-----						
3											-----						
4											-----						
5											-----						
6											-----						
7											-----						

申立事由コード (前2桁: 様式番号、後2桁: 申立理由番号)

【様式番号】(前2桁)

1 0	介護給付費・訓練等給付費等明細書 (様式第二) < 共同生活介護、共同生活援助以外 >
1 1	介護給付費・訓練等給付費等明細書 (様式第三) < 共同生活介護、共同生活援助 >
2 0	サービス利用計画作成費請求書 (様式第四)
3 0	特例介護給付費・特例訓練等給付明細書 (様式第六) < 基準該当 >
5 0	地域生活支援事業明細書

【申立理由番号】(後2桁)

0 1	台帳誤り修正による市町村申立の過誤調整
0 2	請求誤りによる実績取り下げ
0 9	時効による市町村申立の取り下げ
1 1	台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
3 2	提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
3 3	上限の誤りによる実績取り下げ
9 0	その他の事由による台帳過誤
9 9	その他の事由による実績の取り下げ

障害介護給付費等過誤申立書

記載例

市町村番号 121004
 市町村名 (あて先) 千葉市長

事業所番号	1	2	9	9	9	9	9	9	9
事業所名称	国保事業所								
担当者名	千葉花子								
電話番号	123-456-7890								
FAX番号	098-765-4321								

下記の介護給付・訓練等給付費について、過誤を申し立てます。

申立年月日 年 月 日

番号	受給者証番号										フリガナ	サービス提供年月	請求年月	申立事由コード				申立事由
											受給者氏名							
1	00000000001										チバ イチロウ 千葉 一郎	平成19年9月	平成19年10月	1	0	0	2	単位数誤り
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		

【様式番号】(前2桁)
 例: "10" (介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二))

【申立理由番号】(後2桁)
 例: "02" (請求誤りによる実績取り下げ)

申立事由コード(前2桁: 様式番号、後2桁: 申立理由番号)
 【様式番号】(前2桁)

10	介護給付費・訓練等給付費等明細書 (様式第二) < 共同生活介護、共同生活援助以外 >
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書 (様式第三) < 共同生活介護、共同生活援助 >
20	サービス利用計画作成費請求書 (様式第四)
30	特例介護給付費・特例訓練等給付明細書(様式第六) < 基準該当 >
50	地域生活支援事業明細書

【申立理由番号】(後2桁)

01	台帳誤り修正による市町村申立の過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
09	時効による市町村申立の取り下げ
11	台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
32	提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
33	上限の誤りによる実績取り下げ
90	その他の事由による台帳過誤
99	その他の事由による実績の取り下げ