

過 誤 申 立 書

門真市長 様

- ①過誤申し立をされる事業所の事業所番号を記入してください。
 ②事業所様の名称、所在地、代表者氏名、電話番号、事業所の代表者名を記入してください。



事業所番号									
事業所名									
所在地									
代表者名									
連絡先(電話番号)									

下記の内容について、過誤を申し立てます。

令和 年 月 日

証記載市町村番号	受給者番号	サービス提供年月	申立事由コード ※1	申立事由	備考
		令和 年 月			
		令和 年 月			
		令和 年 月			
		令和 年 月			
		令和 年 月			
		令和 年 月			

④利用者様が支給決定を受けている市区町村番号をご記入ください。

⑤利用者様の受給者番号をご記入ください。

⑥過誤申立される請求のサービス提供年月をご記入ください。

⑦申立事由コードをご記入ください。(コードは下記の「様式番号」と「申立理由番号」を組合わせた4ケタの数字でご記入ください。(※1参照))

⑧過誤申立される理由を記入ください。
例)利用者負担額の誤り、加算漏れのためなど

※1 申し立て事由コードは、下記の「様式番号」と「申立理由番号」を組合わせた4ケタの数字をご記入ください。

例)様式第二号の誤り、申立事由が請求誤りによる取下げの場合

1	0	0	2
---	---	---	---

 となります。

● 様式番号(障がい者支援給付費等)

番号	内容
1 0	グループホーム・ケアホーム以外の障がい福祉サービス(様式第二)
1 1	グループホーム・ケアホーム(様式第三)
1 2	地域相談支援給付費明細書(様式第五)
2 0	サービス利用計画作成費請求書(様式第四)
2 1	計画相談支援給付費請求書(様式第四)
3 0	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書(様式第六)
3 1	特例計画相談支援給付費請求書(様式第十)

※10介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二)

※11介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三)

● 様式番号(障がい児給付費等)

番号	内容
4 1	障がい児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)
6 0	障がい児相談支援給付費請求書(様式第三)
7 0	特例障害児通所給付費等明細書(様式第五)
7 1	特例障害児相談支援給付費請求書(様式第六)

● 申立理由番号

番号	内容
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取り下げ
3 2	提供実績記録票取り消し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取り下げ