

【障害者総合支援法・児童福祉法】 (同月・通常)

過誤申立書

申立年月日

年 月 日

市町村番号 272229
市町村名 羽曳野市 御中

事業所番号									
事業所名称									
担当者名	㊞								
電話番号									
FAX番号									

下記の介護給付費等について、過誤を申し立てます。

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	申立事由 コード(※)				申立事由	入力	
1													年	月分						
2													年	月分						
3													年	月分						
4													年	月分						
5													年	月分						
6													年	月分						
7													年	月分						
8													年	月分						
9													年	月分						
10													年	月分						

※申立事由コード 裏面をご参照下さい。

※申立事由コード

1桁目	2桁目	3桁目	4桁目
-----	-----	-----	-----

様式番号

申立理由番号

【様式番号】(1・2桁目)

10	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二) ＜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) ＜共同生活援助＞
12	地域相談支援給付費明細書(様式第五)
21	計画相談支援給付費請求書(様式第四)
41	障害児通所給付費等明細書(様式第二)
60	障害児相談支援給付費請求書(様式第三)

【申立事由番号】(3・4桁目)

02	請求誤りによる実績取り下げ
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
99	その他の事由による実績の取り下げ

【留意事項】

1. 「過誤調整」には、過誤取り下げを実施する月と同じ月に再請求を行い、再請求分と返戻分を同月に調整する「同月過誤」と、過誤取り下げ月の翌月以降に再請求する「通常過誤」があります。過誤申立書の標記の前に「同月」か「通常」かの区分がありますので、必ず該当する方を○で囲んで下さい。
2. 過誤申立書の受付は、月末まで可能ですが、原則、持参又は郵送での提出となるため、月末ぎりぎりとなる場合は、事前に福祉支援課担当者に連絡して下さい。
3. 「同月過誤」の場合、過誤申立書を提出した月の翌月10日までに再請求を行わないと、全額返戻となりますのでご注意下さい。

【提出先】

羽曳野市 保健福祉部 障害福祉課
〒583-8585 羽曳野市誉田4-1-1
(TEL) 072-958-1111 内線1156
(FAX) 072-957-1238