

過誤申立依頼書

(あて先) 高崎市長

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業者名
所在地
代表者名 印
電話番号

下記の内容について、過誤の申し立てを依頼します。

平成 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	申立事由	※同月過誤
		平成 年 月			
		平成 年 月			
		平成 年 月			
		平成 年 月			
		平成 年 月			
		平成 年 月			
		平成 年 月			
		平成 年 月			

申立事由コード 同月過誤処理を行う場合は、「※同月過誤」の欄に1を記入してください。

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

番号	内容
10	介護給付費・訓練等給付費明細書（様式第二）
11	介護給付費・訓練等給付費明細書（様式第三）
12	地域相談支援給付費明細書（様式第五）
20	サービス利用計画作成費請求書（様式第四）
21	計画相談支援給付費請求書（様式第四）
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書（様式第六）
41	障害児通所給付費明細書（様式第二）
50	地域生活支援事業明細書
60	障害児相談支援給付費請求書（様式第三）

申立理由番号

番号	内容
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	提供実績記録票取消しによる実績の取下げ
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下げ