

障害福祉サービス給付費等 過誤申立書

(あて先)

市町村番号	092080
市町村名	小山市

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒□□□-□□□□
連絡先	TEL

下記の障害福祉サービス給付費等について、過誤申立により支払実績を取り下げます。

令和 年 月 日

受給者番号 利用者氏名	サービス提供年月	取り下げ金額	様式コード /申立コード	申立事由
	令和 年 月			
	令和 年 月			
	令和 年 月			
	令和 年 月			
	令和 年 月			
	令和 年 月			

※ 様式番号コード一覧

コード番号	対象様式	申立対象項目
10	様式第二	介護給付費等明細書
11	様式第三	訓練等給付費等明細書
12	様式第九	地域相談支援給付費明細書
21	様式第十	計画相談支援給付費請求書
30	様式第六	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書
31	様式第十一	特例計画相談支援給付費請求書

※2 申立番号コード一覧

コード番号	申立理由
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の取り下げ
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取り下げ