

障害介護給付費等過誤申立書

市町村番号 : 1 5 2 2 2 3
 市町村名 : (あて先) 上越市長

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・訓練等給付費について、過誤を申し立てます。

申立年月日 : 令和 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			様式番号 ※1	申立理由番号 ※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