

障害者自立支援給付費等過誤申立書

平成 年 月 日

あて先 江別市長 様

請求に過誤がありましたので、下記のとおり申し立てます。

事業所番号	
事業所名	担当者
電話番号	
FAX番号	

受給者番号 受給者氏名	サービス提供年月	請求年月	サービス種類	事由番号	申立事由
1 2 7 3 2 3 2 × × × 江別 花子	平成29年9月	平成29年10月		0 2	

記載例

事由番号

番号	申立事由
01	受給者台帳誤りによる過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
32	提供実績記録票誤りによる実績取り下げ
33	上限額管理結果票誤りによる実績取り下げ
99	その他の事由による実績取り下げ

(注) 本体報酬(介護給付費等)の請求内容に誤りはないが、福祉・介護人材処遇改善事業助成金の請求漏れにより申立を行う場合は、事由番号「99」、申立事由「処遇改善助成金の請求漏れ」と記載すること。