

過 誤 申 立 書

府中市長

事業所番号	
事業者名	
担当者名	
T E L	
F A X	

下記について、過誤を申し立てます。

申立年月日 年 月 日

No	受給者番号	フリガナ	サービス	申立事由コード		申立事由
		受給者氏名	提供年月	様式	理由	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

※ 申立事由コード(上2桁:様式番号、下2桁:申立理由番号)

【様式番号】(上2桁)

10	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＞
11	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＞
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(様式第十)
41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)
60	障害児相談支援給付費請求書(様式第三)

【申立理由番号】(下2桁)

2	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ての実績取り下げ
32	提供実績記録票誤りによる実績取り下げ
33	上限の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