

事業所 → 市町村

障害福祉サービス費・障害児通所給付等明細書 過誤調整依頼書

市 町 村 番 号	4	2	3	0	7	6
市 町 村 名	長与町					

事業所番号										
事業所名称										
事業所所在地	〒				－					
連絡先(電話番号)	() －									

事業所担当者

既に支払決定を受けております障害福祉サービス費等明細書について、下記サービス利用者分の過誤調整を依頼します。

申立日 年 月 日

受 給 者 番 号 受 給 者 氏 名	サービス提供年月	申立事由コード				申 立 理 由
		様式番号		申立理由番号		
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					

1 過誤調整を行わずに再請求されると重複請求となりますのでご注意ください。

枚中

枚目

2 申立事由コード

様式番号	
10:介護給付費・訓練等給付費明細書(様式第二)	41:障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)
11:介護給付費・訓練等給付費明細書(様式第三)	50:地域生活支援事業明細書
12:地域相談支援給付費明細書(様式第五)	60:障害児相談支援給付費請求書(様式第三)
21:計画相談支援給付費請求書(様式第五)	70:特例障害児通所給付費等明細書(様式第五)
30:特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書(様式第六)	
31:特例計画相談支援給付費請求書(様式第十)	71:特例障害児相談支援給付費等明細書(様式第六)

申立理由番号
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下げ
11:台帳誤り修正により事業所申立の実績取り下げ
32:提供実績記録票取消による実績の取り下げ
33:上限の誤りによる実績取り下げ
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の取り下げ