

過誤申立依頼書

市町村番号									
市町村名									
受給者番号									
受給者名									
サービス提供年月		年		月		提供分			

事業所番号									
事業所名									
連絡先									
担当者									
提出日									

事業所 → 市町村(月末締切)

※ 該当する様式番号と申立理由を○で囲んでください。

様式番号	サービス種類		
10	居宅介護	短期入所	就労移行支援
	行動援護	療養介護	就労継続支援
	重度訪問介護	生活介護	児童デイサービス(～H24.3)
	重度障害者等包括支援	施設入所支援	旧法施設支援(～H24.3)
	同行援護	自立訓練	
11	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(H24.4～)		
20	サービス利用計画作成費(～H24.3)		
21	計画相談支援給付費請求書(H24.4～)		
30	基準該当事業所		
	居宅介護	短期入所	就労継続支援
	行動援護	生活介護	児童デイサービス(～H24.3)
	重度訪問介護	自立訓練	
31	特例計画相談支援給付費請求書(H24.4～)		
41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書(H24.4～)		
50	地域生活支援事業明細		
60	障害児相談支援給付費請求書(H24.4～)		
70	特例障害児通所給付費等明細書(H24.4～)		
71	特例障害児相談支援給付費請求書(H24.4～)		

申立理由番号	申立理由
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の取り下げ