障害者自立支援給付費等
障害児給付費等 過誤申立書

令和　　年　　月　　日

（宛先）大仙市長

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	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

受給者証番号 受給者氏名	サービス提供年月	サービス種類番号	様式番号	事由番号	申立事由 （99の場合のみ記載）	再請求の有無

様式番号【障害者自立支援給付費等】

番号	様式
10	介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第二）
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第三）
12	地域相談支援給付費明細書（様式第五）
20	サービス利用計画作成費請求書（様式第四）
21	計画相談支援給付費請求書（様式第四）
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書（様式第六）
31	特例計画相談支援給付費請求書（様式第十）

様式番号【障害児給付費等】

番号	様式
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）
70	特例障害児通所給付費等明細書（様式第五）
71	特例障害児相談支援給付費請求書（様式第六）

事由番号

番号	申立事由
01	台帳誤り修正による市町村申立の過誤調整
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り下げ
11	台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
32	提供実績記録票誤り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