

障害介護給付費等過誤申立書

市町村番号 : 0 5 2 0 3 5
 市町村名 : 横手市

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

下記の介護給付・訓練等給付費について、過誤を申し立てます。

申立年月日 : 令和 年 月 日

番号	受給者証番号	フリガナ	サービス提供年月	請求年月	申立事由コード		申立事由
		受給者氏名			様式番号 ※1	申立理由 番号 ※2	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

※申立事由コード（前2桁：様式番号、後2桁：申立理由番号）

【様式番号】(前2桁)

1 0	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＞
1 1	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＞
2 0	サービス利用計画作成費請求書 (様式第四)
3 0	特例介護給付費・特例訓練等給付明細書 (様式第六) ＜基準該当＞
5 0	地域生活支援事業明細書

【申立理由番号】(後2桁)

0 1	台帳誤り修正による市町村申立の過誤調整
0 2	請求誤りによる実績取り下げ
0 9	時効による市町村申立の取り下げ
1 1	台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
3 2	提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
3 3	上限の誤りによる実績取り下げ
9 0	その他の事由による台帳過誤
9 9	その他の事由による実績の取り下げ

障害介護給付費等過誤申立

記載例

都道府県等から指定を受けた事業所番号
を記載して下さい。
※地域生活支援事業等の番号ではありません

市町村番号 : 0 5 2 0 3 5
市町村名 : 横手市

事業所番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
事業所名称	○△事業所
担当者名	横手 太郎
電話番号	0 1 8 2 - 3 2 - 2 1 1 1
F A X 番号	0 1 8 2 - 3 2 - 2 1 1 2

下記の介護給付・訓練等給付費について、過誤を申し立てます。

申立年月日 : 令和 2年 7月 1日

番号	受給者証番号										フリガナ	サービス提供年月	請求年月	申立事由コード		申立事由
	1	2	2	1	7	※	※	※	※	※	受給者氏名			様式番号	申立理由	
1	1	2	2	1	7	※	※	※	※	※	ヨコテ 知 横手 太郎	令和2年5月	令和2年6月	1	0 0 2	請求誤りによる実績取り下げ
2																
3																
4																
5																
6																
7																

過誤請求の対象となるサービスを「提供した年月」及び「請求した年月」の

下段に記載されている「様式番号」及び「申立理由番号」をそれぞれ記

※申立事由コード（前2桁：様式番号、後2桁：申立理由番号）

【様式番号】(前2桁)

1 0	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>
1 1	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>
2 0	サービス利用計画作成費請求書 (様式第四)
3 0	特例介護給付費・特例訓練等給付明細書 (様式第六) <基準該当>
5 0	地域生活支援事業明細書

【申立理由番号】(後2桁)

0 1	台帳誤り修正による市町村申立の過誤調整
0 2	請求誤りによる実績取り下げ
0 9	時効による市町村申立の取り下げ
1 1	台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
3 2	提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
3 3	上限の誤りによる実績取り下げ
9 0	その他の事由による台帳過誤
9 9	その他の事由による実績の取り下げ

事業所→横手市

障害児通所支援過誤申立書

市町村番号 : 0 5 2 0 3 5
市町村名 : 横手市

事業所番号									
事業所名称									
担当者名									
電話番号									
FAX番号									

下記の障害児通所給付費について、過誤を申し立てます。

申立年月日 : 令和 年 月 日

番号	受給者証番号	フリガナ	サービス提供年月	請求年月	申立事由コード		申立事由
		受給者氏名			様式番号 ※1	申立理由番号 ※2	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

※申立事由コード（前2桁：様式番号、後2桁：申立理由番号）

【様式番号】(前2桁)

4 0	障害児通所給付費等明細書 (様式第四)
6 0	障害児相談支援給付費請求書 (様式第五)
7 0	特例障害児通所給付費等明細書 (様式第七)
7 1	特例障害児相談支援給付費請求書 (様式第八)

【申立理由番号】(後2桁)

0 2	請求誤りによる実績取り下げ
1 1	台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
3 2	提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
3 3	上限の誤りによる実績取り下げ
9 9	その他の事由による実績の取り下げ

障害児通所支援過誤申立書

記載例

都道府県等から指定を受けた事業所番号
を記載して下さい。
※地域生活支援事業等の番号ではありません

市町村番号 : 0 5 2 0 3 5
市町村名 : 横手市

事業所番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
事業所名称	○△事業所
担当者名	横手 太郎
電話番号	0 1 8 2 - 3 2 - 2 1 1 1
FAX番号	0 1 8 2 - 3 2 - 2 1 1 2

下記の介護給付・訓練等給付費について、過誤を申し立てます。

申立年月日 : 令和 4年 7月 1日

番号	受給者証番号										フリガナ 受給者氏名	サービス提供年月	請求年月	申立事由コード		申立事由
	1	2	2	1	7	※	※	※	※	※	様式番号 ※1			申立理由 番号 ※2		
1	1	2	2	1	7	※	※	※	※	※	ヨシ 知 横手 太郎	令和4年5月	令和4年6月	4	0 0 2	請求誤りによる実績取り下げ
2																
3																
4																
5																
6																
7																

過誤請求の対象となるサービスを「提供した年月」及び「請求した年月」の両方の年月を必ず記入して下さい。

下段に記載されている「様式番号」及び「申立理由番号」をそれぞれ記入して下さい。

※申立事由コード（前2桁：様式番号、後2桁：申立理由番号）

【様式番号】(前2桁)

4 0	障害児通所給付費等明細書 (様式第四)
6 0	障害児相談支援給付費請求書 (様式第五)
7 0	特例障害児通所給付費等明細書 (様式第七)
7 1	特例障害児相談支援給付費請求書 (様式第八)

【申立理由番号】(後2桁)

0 2	請求誤りによる実績取り下げ
1 1	台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
3 2	提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
3 3	上限の誤りによる実績取り下げ
9 9	その他の事由による実績の取り下げ