

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	
F A X 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