



(あて先) 飯能市長

記入例

過誤申立て（取下げ）依頼書

(障害児通所給付費・入所給付費等請求、障害児相談支援給付費請求)

申立年月日: 令和 **2** 年 **1** 月 **10** 日

証記載市町村番号	1	1	2	0	9	4
証記載市町村名	飯能市					

請求事業所	事業所番号	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
	事業者及びその事業所の名称	社会福祉法人○○○○ ●●●●●事業所									
	所在地	〒357-0021 埼玉県飯能市大字双柳1番地の1									
	電話番号	042-973-2111					担当	△△			

下記の利用者にかかる請求の取り下げを依頼します。

番号	受給者証番号	受給者氏名	サービス提供年月	申立事由コード				
				様式番号	申立理由番号			
1	1 1 2 0 9 9 9 9 9 9	□ □ □ □	R1 年 10 月	41	02			
	過誤事由	◆◆加算の算定誤りのため						
2	1 1 2 0 9		年 月					
	過誤事由	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・依頼書は毎月20日までにご提出ください。 ・網掛けのセルに必要な事項の記入をお願いします。 ・同月過誤で処理をするため、依頼書を提出した翌月に国保連合会へ再請求をお願いします。 </div>						
3	1 1 2 0 9							
	過誤事由							
4	1 1 2 0 9							
	過誤事由							
5	1 1 2 0 9		年 月					
	過誤事由							
6	1 1 2 0 9		年 月					
	過誤事由							
7	1 1 2 0 9		年 月					
	過誤事由							
8	1 1 2 0 9		年 月					
	過誤事由							
9	1 1 2 0 9		年 月					
	過誤事由							
10	1 1 2 0 9		年 月					
	過誤事由							

【様式番号】

- 41: 障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第四)
- 60: 障害児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・入所給付費等明細書(様式第七)
- 71: 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】

- 02: 請求誤りによる実績取り下げ
- 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