

障害者自立支援給付等過誤申立書

赤磐市長 様

サービス 提供年月	令和 年 月	請求年月	令和 年 月	
受給者番号	支給決定障害者 (保護者)氏名	支給決定に係る 障害児氏名	過誤事由 No.	過誤請求金額
合計				

請求に過誤がありましたので、上記のとおり申し立てします。

令和 年 月 日

指定事業所番号	
住 所 (所在地)	〒
電話番号	
名 称	
職・氏名	印

- ・ 申立には、過誤の明細書・正しい明細書・実績記録票の写しを添付してください。
- ・ 国民健康保険団体連合会から過誤決定通知書情報受理後、改めて正しい請求を行ってください。
(請求額より過誤額が多い等の理由により、過誤処理によるマイナスと再請求によるプラスとの差額分での調整が必要な場合は、申立書到着月の翌月に再請求を行うことができます。
その場合、過誤決定通知書情報は、請求の翌月に送付されます。)

過誤事由コード（過誤事由No. 欄に該当の数字を記入してください。）

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 02 : 請求誤りによる実績の取り下げ | 32 : 提供実績記録表誤りによる実績の取り下げ |
| 11 : 台帳誤り修正による実績取り下げ | 33 : 上限の誤りによる実績の取り下げ |