

過 誤 申 立 書

松原市長 様

事業所番号									
事業所名									
所在地									
代表者名									
連絡先（電話番号）									

下記の内容について、過誤を申し立てます。

年 月 日

証記載市町村番号	受給者証番号	サービス提供年月	申立事由コード	申 立 事 由	再請求の有無	再請求予定
	受給者氏名（フリガナ）					
	()	令和 年 月 平成			有・無	年 月
	()	令和 年 月 平成			有・無	年 月
	()	令和 年 月 平成			有・無	年 月
	()	令和 年 月 平成			有・無	年 月
	()	令和 年 月 平成			有・無	年 月
	()	令和 年 月 平成			有・無	年 月

・ 申立事由コード

1 桁目	2 桁目	3 桁目	4 桁目
様式番号	申立理由番号		

・ 様式番号

番号	内 容
10	介護給付費・訓練等給付費明細書（様式第二）
11	介護給付費・訓練等給付費明細書（様式第三）
12	地域相談支援給付費請求書（様式第五）
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・特例訓練等給付費等明細書（様式第六）
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明細書（様式第三）

・ 申立理由番号

番号	内 容
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	提供実績記録票取消し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
99	その他の事由による実績取り下げ