

過 誤 申 立 て 依 頼 書
(障害児通所給付費・障害児入所給付費・障害児相談支援給付費請求)

蒲郡市長 様

申立年月日 : 令和 年 月 日

下記の利用者にかかる請求の取り下げを依頼します。

事業所番号									
事業所名称									
担当者名									
電話番号									
F A X 番号									

番号	受 給 者 証 番 号 受給者氏名 (カナ)	サービス 提供年月	請求年月	申立事由コード		申 立 事 由	再請求 有無	再請求 年月
				様式 番号	申立理由 ※			
1							有・無	
2							有・無	
3							有・無	
4							有・無	
5							有・無	
6							有・無	
7							有・無	

※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)

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請求書 (様式第三)
70	特例障害児通所給付費等明細書 (様式第五)
71	特例障害児相談支援給付費請求書 (様式第六)

【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