

過 誤 申 立 て 依 頼 書
(介護給付費、訓練等給付費、地域相談支援給付費等請求・計画相談支援給付費請求)

蒲郡市長 様

都道府県等から指定を受けた事業所番号
を記載して下さい。
※地域生活支援事業等の番号ではありません。

記載例

申立年月日 : 令和 8 年 8 月 1 日

事業所番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1
事業所名称	○ △事業所								
担当者名	蒲郡 太郎								
電話番号	〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇								
FAX番号	〇〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇								

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 (カナ)										サービス 提供年月	請求年月	申立事由コード 様式 番号 申立理由 ※		申 立 事 由	再請求 有無	再請求 年月
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9							
1											令和8年 6月	令和8年 7月	1	02	請求誤りによる実績取り下げ	有・無	令和7年 6月
	ガマゴオリ ハナコ																
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	

※申立事由コード (前1桁: 様式番号、後2桁: 申立理由番号)

【様式番号】(前1桁)

1	介護給付費・訓練等給付費等明細書 (様式第二) <共同生活介護、共同生活援助以外>
2	介護給付費・訓練等給付費等明細書 (様式第三) <共同生活介護、共同生活援助>
3	サービス利用計画作成費請求書 (様式第四)
4	特例介護給付費・特例訓練等給付明細書 (様式第六) <基準該当>
5	地域生活支援事業明細書

【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