

市町村名	時津町	市町村番号	4	2	3	0	8	4
------	-----	-------	---	---	---	---	---	---

令和 年 月 日報告

障害児通所給付費過誤申立書

事業者及びその事業者の名称	事業者番号
---------------	-------

下記のとおり過誤（取下）申請します。

連番	サービス提供年月				受給者証番号	支給決定障害者（保護者）氏名	申立事由コード		備考 （再請求の有無・請求の修正内容等）
	平成・令和	年	月分	様式番号			申立理由番号		
1	平成・令和	年	月分						
2	平成・令和	年	月分						
3	平成・令和	年	月分						
4	平成・令和	年	月分						
5	平成・令和	年	月分						
6	平成・令和	年	月分						
7	平成・令和	年	月分						
8	平成・令和	年	月分						
9	平成・令和	年	月分						
10	平成・令和	年	月分						

※明細書と、それに伴うサービス提供実績記録票はセットで過誤となります。どちらか一方を過誤したい場合でも、両方とも過誤となりますので、再請求の場合は明細書とサービス提供実績記録票を併せて提出してください。

※利用者負担上限額管理結果票は過誤対象ではありません。修正等を行う必要がある場合は、結果票の情報作成区分による修正/取消を行ってください。なお、支払確定後の結果票を修正等する場合、関係する確定済み明細書と修正した結果票の内容に相違がある時は結果票がエラーとなりますので、そのような場合は明細書を過誤し、再提出してください。

※申立事由コード欄には下記の番号をご記入ください

【申立理由番号】(下2桁)

- 02：請求誤りによる実績取り下げ
- 09：時効による市町村申立の取り下げ
- 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の取り下げ