

	通常過誤
	同月過誤

障害福祉サービス費等過誤申立依頼書

事業所番号	
事業所名	
電話番号	
担当者名	

(あて先) 桐生市長

下記のとおり過誤の申し立てを依頼します。令和 年 月 日

受給者証番号 受給者氏名	様式番号	サービス提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	単位数(上段)	市負担額(上段)	再請求市負担額(上段)
					特定障害者特別給付費(下段)	特別対策費(下段)	再請求予定月(下段)
		令和 年 月					
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月

【様式番号】(上2桁)
障害者総合支援法 10:介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二)、11:介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三)、21:サービス利用計画作成費請求書(様式第四)
児童福祉法 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) ※平成24年4月以降変更

	通常過誤
	同月過誤

障害福祉サービス費等過誤申立依頼書

事業所番号	0000000000
事業所名	〇〇事業所
電話番号	0277-00-0000
担当者名	桐生 太郎

(あて先) 桐 生 市 長

下記のとおり過誤の申し立てを依頼します。令和 年 〇 月 〇 日

受給者証番号 受給者氏名	様式番号	サービス提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	単位数(上段)	市負担額(上段)	再請求市負担額(上段)
					特定障害者特別給付費(下段)	特別対策費(下段)	再請求予定月(下段)
1111111111 障害 太郎	10	令和 3 年 1 月	居宅介護	請求誤りによる実績取り下げ(具体的に、 加算の請求漏れがあれば加算名もご記入 ください)	39,860 0	361,400 0	359,900 9月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月
		令和 年 月					月

既に請求された単位数
を記入してください。

既に請求された(支払
われた)金額を記入して

改めて請求される金額、
再請求を予定している
月を記入してください。

【様式番号】(上2桁)
障害者総合支援法 10:介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二)、11:介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三)、21:サービス利用計画作成費請求書(様式第四)
児童福祉法 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) ※平成24年4月以降変更