

鳥栖市

過 誤 申 立 書 (障害児通所支援)

市町村番号

市町村名 鳥栖市 御中

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

下記の障害児通所給付費について、過誤を申し立てます。

申立年月日 年 月 日

番号	受給者証番号	フリガナ 受給者氏名	サービス提供年月	申立事由 コード※	申 立 事 由
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

※申立事由コード（上2桁：様式番号、下2桁：申立理由番号）

【様式番号】（上2桁）

41	障害児通所給付費明細書（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明細書（様式第五）
71	特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書（様式第六）

【申立理由番号】（下2桁）

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	提供実績記録票誤り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

市町村 電話番号（ ）

担当者名（ ）