

(事業者⇒町)

障害福祉サービス・障害児通所給付費等過誤申立書

中井町長 殿

令和 年 月 日

下記の障害福祉サービス・障害児通所給付費等について、過誤を申し立てます。

事業所番号	
事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

番号	受給者番号	受給者氏名(カナ)	サービス提供年月	申立事由コード		申立事由	再請求の 予定	再請求の 予定年月
				様式番号	申立番号			
1			令和 年 月					令和 年 月
2			令和 年 月					令和 年 月
3			令和 年 月					令和 年 月
4			令和 年 月					令和 年 月
5			令和 年 月					令和 年 月
6			令和 年 月					令和 年 月
7			令和 年 月					令和 年 月
8			令和 年 月					令和 年 月
9			令和 年 月					令和 年 月
10			令和 年 月					令和 年 月
11			令和 年 月					令和 年 月
12			令和 年 月					令和 年 月

○過誤申立書の提出は、毎月5日前後に提出いただければ、同月で再請求が可能です。

ただし、5日前後に閉庁日が連続する場合、翌月以降の再請求となる場合があります。

○過誤申立書の提出は、郵送、FAX、持参のほか、電子メールでの提出についても可能です。ご希望の場合、下記担当までご連絡ください。

○事業者名、担当名の欄への押印は不要です。ただし、連絡のつく電話番号を必ず記載してください。

○現在、過誤申立の入力フォームを町ホームページに掲載するよう調整中です。準備ができ次第、お知らせします。

○申立事由コードの様式番号は、下部の「様式番号コード一覧」を参照してください。

○申立事由コードの申立番号は、下部の「申立番号コード一覧」を参照してください。

○申立事由は、「申立番号コード一覧」の申立事由を転記ください。

○再請求の予定がある場合、「再請求の予定」欄に「有」、「再請求の予定年月」の欄に「再請求を予定している年月」を記載してください。

様式番号コード一覧

コード番号	対象様式	申立対象項目
10	様式第二	介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第二）
11	様式第三	介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第三）
12	様式第五	地域相談支援給付費明細書（様式第五）
21	様式第四	計画相談支援給付費請求書（様式第四）
30	様式第六	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書（様式第六）
41	様式第二	障害児通所給付費・入所給付費等明細書（様式第二）
60	様式第三	障害児相談支援給付費請求書（様式第三）
70	様式第五	特例障害児通所給付費等明細書（様式第五）
71	様式第六	特例障害児相談支援給付費請求書（様式第六）

申立番号コード一覧

コード番号	申立事由
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	台帳誤りの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取り下げ
33	上限の誤りによる実績の取り下げ
90	その他の事由による台帳過誤
99	その他の事由による実績の取り下げ

過誤申立書の提出・問い合わせ先

〒259-0197 神奈川県足柄上郡中井町比奈窪5 6

中井町福祉課福祉班

電話0465-81-5548（直通） FAX0465-81-5657