

## 過 誤 申 立 書

枚 方 市 長 様

事業所番号	
事業所名	
所在地	
代表者名	印
連絡先（電話番号・担当者）	

下記の内容について、過誤を申し立てます。

令和      年      月      日

受給者証番号	受給者氏名	サービス提供年月	申立事由 コード	申立事由	同月
		令 和      年      月			
		令 和      年      月			
		令 和      年      月			
		令 和      年      月			
		令 和      年      月			
		令 和      年      月			
		令 和      年      月			
		令 和      年      月			
		令 和      年      月			
		令 和      年      月			

・ 申立事由コード

※同月過誤を行う場合は「同月」欄に○を記入してください。

1 桁目	2 桁目	3 桁目	4 桁目
------	------	------	------

（    枚中    枚目）

様式番号    申立理由番号

・ 申立理由番号

番号	内容
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	提供実績記録票取消し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取り下げ

・ 様式番号

市処理欄			
データ 入力	/	国保連 データ 作成	/

番号	内容
10	介護給付費・訓練等給付費明細書（様式第二）
11	介護給付費・訓練等給付費明細書（GH・CH）（様式第三）
12	地域相談支援給付費明細書（様式第五）
21	計画相談支援給付費請求書（様式第四）
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書（様式第六）
31	特例計画相談支援給付費請求書（様式第十一）
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）
70	特例障害児通所給付費等明細書（様式第五）
71	特例障害児通相談支援給付費請求書（様式第六）