

# 過 誤 申 立 書

記載例

枚 方 市 長 様

事業所番号	2 7 1 2 4 . . . . .
事業所名	社会福祉法人 ●◇会 ▽◆事業所
所在地	大阪府 . . . 市 . . .
代表者名	○ ●
連絡先 (電話番号・担当者)	072 - × × × × -

法人または事業所の代表者印を押し印してください。  印

令和 5 年 10 月 20 日

下記の内容について、過誤を申し立てます。

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
1 . . . . . 1 0 0 0 1	○ ○	令 和 5 年 1 月	1 0 0 2	. . . のため	○
1 . . . . . 1 0 0 2 2	△ △	令 和 5 年 1 月	1 0 0 2	. . . のため	○
1 . . . . . 1 0 3 3 3	× ×	令 和 5 年 1 月	1 1 0 2	. . . のため	○
1 . . . . . 1 4 4 4 4	■ ■	令 和 5 年 1 月	1 1 0 2	. . . のため	○
1 . . . . . 1 0 0 0 1	○ ○	令 和 5 年 2 月	1 0 0 2	. . . のため	○
1 . . . . . 1 0 0 2 2	△ △	令 和 5 年 2 月	1 0 0 2	. . . のため	○
1 . . . . . 1 0 3 3 3	× ×	令 和 5 年 2 月	1 1 0 2	. . . のため	○
1 . . . . . 1 4 4 4 4	■ ■	令 和 5 年 2 月	1 1 0 2	. . . のため	○
3 . . . . . 5 0 0 0 5	▼ ▼ 障害児通所給付費は障害児の氏名を記載ください。	令 和 5 年 3 月	4 1 0 2	. . . のため	○
3 . . . . . 6 0 0 6 6	★ ★	令 和 5 年 3 月	4 1 0 2	. . . のため	○

②次に、番号順に並べて記載してください。

①まず、提出月ごとの記載を完了させてください。

過誤申立書提出月の翌月に再請求される場合は、同月の欄に○を記載してください。

・申立事由コード

1桁目	2桁目	3桁目	4桁目
様式番号	申立理由番号		

・様式番号

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)

・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

申立事由コードは左記のとおり4桁で記載してください。

※同月過誤を行う場合は「同月」欄に○を記入してください。

( 2 枚 中 1 枚 目 )

データ入力	申立書が複数枚に及ぶ場合は何枚目か記載してください。
-------	----------------------------