

過誤申立依頼書

令和 年 月 日

仙北市福祉事務所長 様

事業所番号

事業所所在地

事業所名

担当者職氏名

電話番号

以下の請求につき、過誤申立して下さるようお願いいたします。

No.	事業所番号	受給者証番号	サービス 提供年月	サービス 種類番号	申立事由 コード (4桁)
	事業所名	受給者氏名			
1					
2					
3					
4					
5					
6					

※ 申立事由コード

【様式番号】(上2桁)

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)

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・特例訓練等給付費明細書(様式第六)

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)

【申立理由番号】(下2桁)

02: 請求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