

介護給付費・訓練等給付費等 過誤申立書

区市町村番号 1 3 1 0 3 2

区市町村名 港 区

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

下記の介護給付費・訓練等給付費等について、過誤を申し立てます。

申立年月日 令和 年 月 日

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

※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）

10	<共同生活援助以外>介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第二）
11	<共同生活援助>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）（H24.4から）
20	サービス利用計画作成費請求書（様式第四）（H24.3まで）
21	計画相談支援給付費請求書（様式第四）（H24.4から）
30	<基準該当>特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書（様式第六）
31	特例計画相談支援給付費請求書（様式第十）（H24.4から）
50	地域生活支援事業明細書

【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

港区障害者福祉課障害者事業所支援係

〒105-8511 港区芝公園1-5-25

電話番号：03-3578-2671・2672・2677

FAX番号：03-3578-2678

受付印	処理日