

事業所 → 港区

# 過誤申立書(障害児通所支援)

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	

下記の障害児通所給付費等について、過誤を申し立てます。

申立年月日 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					
7					

※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)

41	障害児通所給付費明細書(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	特例障害児相談支援給付費請求書(様式第六)

【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

港区保健福祉支援部障害者福祉課  
担当者名( )

電話番号 3578-2671・2672・2677  
FAX番号 3578-2678