

事業所 → 立川市

障害者・障害児 介護給付費等過誤申立書

申立年月日 平成 年 月 日

市町村番号 132021
市町村名 立川市

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・訓練等給付費等について、過誤を申し立てます。

番号	受給者証番号(10桁)	フリガナ	サービス 提供年月	申立事由 コード※		申立事由
		受給者氏名				
1						
2						
3						
4						
5						

※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	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二) 〈共同生活介護、共同生活援助以外〉
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三) 〈共同生活介護、共同生活援助〉
12	地域相談支援給付費明細書
20	サービス利用計画作成費請求書(様式第四)
21	計画相談支援給付費請求書
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書(様式第六) 〈基準該当〉
41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書
60	障害児相談支援給付費請求書

【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取り下げ

立川市連絡先

電話番号:042-523-2111 FAX番号:042-529-8676

アドレス:shougaifukushi@city.tachikawa.lg.jp

担当者名:

事業所 → 立川市

記入例

障害者・障害児 介護給付費等過誤申立書

申立年月日

平成26年12月6日

市町村番号 132021
市町村名 立川市

事業所番号	1312500001
事業所名称	ケアセンター立川
担当者名	立川 太郎
電話番号	042-999-9999
FAX番号	042-999-9999

下記の介護給付・訓練等給付費等について、過誤を申し立てます。

番号	受給者証番号(10桁)	フリガナ	サービス 提供年月	申立事由 コード※		申立事由
		受給者氏名				
1	1234567890	タチカワ ハナコ 立川 花子	平成26年10月	10	32	請求漏れがあったため。
2						
3						
4						
5						

※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	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二) <共同生活介護、共同生活援助以外>
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三) <共同生活介護、共同生活援助>
12	地域相談支援給付費明細書
20	サービス利用計画作成費請求書(様式第四)
21	計画相談支援給付費請求書
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費等明細書(様式第六) <基準該当>
41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書
60	障害児相談支援給付費請求書

【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取り下げ

立川市連絡先

電話番号:042-523-2111 FAX番号:042-529-8676

アドレス:shougaifukushi@city.tachikawa.lg.jp

担当者名: