過誤申立依頼書

市町村番号		事業所番号	
市町村名		事業所名	
受給者番号		連絡先	
受給者名		担当者	
サービス提供年月	年　月　提供分	提出日	

事業所 → 市町村（月末締切）

※ 該当する様式番号と申立理由を〇で囲んでください。

様式番号	サービス種類		
10	居宅介護	短期入所	就労移行支援
	行動援護	療養介護	就労継続支援
	重度訪問介護	生活介護	就労選択支援
	重度障害者等包括支援	施設入所支援	児童デイサービス（～H24.3）
	同行援護	自立訓練	旧法施設支援（～H24.3）
11	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（H24.4～）		
20	サービス利用計画作成費（～H24.3）		
21	計画相談支援給付費請求書（H24.4～）		
30	基準該当事業所		
	居宅介護	短期入所	就労継続支援
	行動援護	生活介護	児童デイサービス（～H24.3）
	重度訪問介護	自立訓練	
31	特例計画相談支援給付費請求書（H24.4～）		
40	障害児施設給付費明細書（～H24.3）		
41	障害児通所給付費・入所給付費等明細書（H24.4～）		
50	地域生活支援事業明細書		
60	障害児相談支援給付費請求書（H24.4～）		
70	特例障害児通所給付費等明細書（H24.4～）		
71	特例障害児相談支援給付費請求書（H24.4～）		

申立理由番号	申立理由
02	請求誤りによる実績取り下げ
32	提供実績記録票誤りによる実績取り下げ
33	上限管理結果票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