

過誤申立書

大阪市 様

※重要!

毎月月末までにご提出いただいた過誤申立書は、翌月月初に大阪市より、国保連合会へ送信し、翌月受付分として過誤処理を行いますのでご注意願います

下記の内容について、過誤を申し立てます。

事業所番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業者名

所在地

代表者名

連絡先（電話番号）

令和 年 月 日

証記載市町村番号	受給者番号	サービス提供年月	※1 申立事由コード	申立事由	※2 再請求の有無	※3 再請求予定年月
		平成 令和 年 月			有・無	年 月
		平成 令和 年 月			有・無	年 月
		平成 令和 年 月			有・無	年 月
		平成 令和 年 月			有・無	年 月
		平成 令和 年 月			有・無	年 月
		平成 令和 年 月			有・無	年 月
		平成 令和 年 月			有・無	年 月
		平成 令和 年 月			有・無	年 月
		平成 令和 年 月			有・無	年 月

※1 申立事由コードは、下記の「様式番号」と「申立理由番号」を組み合わせた4桁の数字をご記入ください。例)「様式番号」が「10」、「申立理由番号」が「02」の場合・・・

1	0	0	2
---	---	---	---

様式番号 申立理由番号

※2 取下げ後再請求を行う場合は「有」に、取下げのみの場合は「無」に○してください。

※3 再請求を行う予定の年月をご記入ください。

●様式番号（障がい者自立支援給付費等）

番号	内容
10	グループホーム・ケアホーム以外の障がい福祉サービス（様式第二）
11	グループホーム・ケアホーム（様式第三）
12	地域相談支援給付費明細書（様式第五）
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（様式第四）
50	移動支援費

●様式番号（障がい児給付費等）

番号	内容
40	障がい児施設給付費明細書（様式第二） ※平成24年3月分まで
41	障がい児通所給付費・入所給付費等明細書（様式第二）
60	障がい児相談支援給付費請求書（様式第三）

●申立理由番号

番号	内容
02	請求誤りによる実績取り下げ
11	市町村台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
32	サービス提供実績記録票取消しによる実績の取下げ
33	利用者負担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下げ