

# 過誤申立書

大阪市 様

## 記載例

① 過誤申立をされる事業所の事業所番号をご記入ください。

事業所番号 \* \* \* \* \* \* \* \* \* \*

② 過誤申立をされる事業者の名称、所在地、事業者の代表者氏名、電話番号を記載し、提出年月日をご記入ください。

事業者名 \* \* \* \* \* \*  
 所在地 \* \* 市 \* \* 区 \* \* 町 \* 丁目 \* 番 \* 号  
 代表者名 \* \* \* \* \* \* \* \* \* \*  
 連絡先（電話番号） \* \* - \* \* \* \* \* - \* \* \* \* \*  
 令和 \* \* 年 \* \* 月 \* \* 日

下記の内容について、過誤を申し立てます。

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 * * 年 * * 月	* * * *	請求誤りによる実績取り下げのため。	有・無	* * 年 * * 月
		平成 年 月			有・無	年 月
		令和 年 月			有・無	年 月
		平成 年 月			有・無	年 月
		令和 年 月			有・無	年 月
		平成 年 月			有・無	年 月
		令和 年 月			有・無	年 月

③ 利用者が支給決定を受けている区の市町村番号をご記入ください。（※「市町村番号一覧」参照。）

⑤ 過誤申立をされる請求のサービス提供年月に該当する元号に○をして、年月をご記入ください。

⑦ 過誤申立をされる理由をご記入ください。

⑨ 再請求をされる予定年月をご記入ください。

④ 利用者の受給者番号をご記入ください。

⑥ 申立事由コードをご記入ください。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。

⑧ 再請求を行う場合は「有」に、取り下げのみの場合は「無」に、○してください。

※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 取り下げ後再請求を行う場合は「有」に、取り下げのみの場合は「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

●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り下げ
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り下げ

●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）