

## ( 障害者自立支援給付費等 ・ 障害児通所給付費等 ) 過誤申立書

尼崎市長 様

年 月 日

請求に過誤がありましたので、下記のとおり申し立てます。

|       |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|------|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 事業所名  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 電話番号  |  |  |  |  |  |  |  | 担当者名 |  |
| FAX番号 |  |  |  |  |  |  |  |      |  |

| 受給者証番号<br>受給者氏名 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | サービス提供年月 | 請求年月     | 様式番号 | 事由番号 | 申立事由 | 再請求の有無                     | 再請求年月(予定) | 市記入欄     |  |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------|----------|------|------|------|----------------------------|-----------|----------|--|
|                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |          |      |      |      |                            |           |          |  |
|                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |          |      |      |      |                            |           |          |  |
|                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |          |      |      |      |                            |           |          |  |
|                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |          |      |      |      |                            |           |          |  |
|                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |          |      |      |      |                            |           |          |  |
|                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |          |      |      |      |                            |           |          |  |
|                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |          |      |      |      |                            |           |          |  |
|                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |          |      |      |      |                            |           |          |  |
| 2               | 8 | x | x | x | x | x | x | x | 1 | 令和 6年 5月 | 令和 6年 6月 | 10   | 9    | 9    | (誤) 処遇改善加算 I (正) 処遇改善加算 II | 有         | 令和 6年 8月 |  |
| 尼崎 門左衛門         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |          |      |      |      |                            |           |          |  |

(\*1) 申立事由は修正内容を具体的に記入すること

(\*2) サービス提供月順、受給者証番号順に記入すること

(\*3) 再請求の有無を「有」とした場合は、過誤の明細書、正しい明細書、実績記録票及び上限額管理結果票の写を添付のこと

|             | 様式番号<br>番号 | 様 式                       |
|-------------|------------|---------------------------|
| 障害者自立支援給付費等 | 10         | 介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二)    |
|             | 11         | 介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三)    |
|             | 12         | 地域相談支援給付費明細書(様式第五)        |
|             | 20         | サービス利用計画等作成費請求書(様式第四)     |
|             | 21         | 計画相談支援給付費請求書(様式第四)        |
|             | 30         | 特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書(様式第六) |
| 障害児通所給付費等   | 31         | 特例計画相談支援給付費請求書(様式第十)      |
|             | 41         | 障害児通所給付費・入所給付費等明細書(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)     |

| 事由番号 |                     |
|------|---------------------|
| 01   | 受給者台帳誤りによる過誤調整      |
| 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   | 上限額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取り下げ     |

&lt;提出先&gt;

ご持参または郵送で提出してください。(FAXでの受付は行っていません。)

〒660-8501 尼崎市東七松町1-23-1 尼崎市役所 障害福祉課 請求・認定担当

(月末〆切、郵送の場合は月末必着)

TEL:06-6489-6750