

障害児支援給付費等過誤申立書

年 月 日

(宛先)春日井市長

事業所番号									
事業所名									
連絡先									
担当		再請求予定年月				年 月			

下記の障害児支援給付費等について、過誤を申し立てます。

受給者証番号	受給者証氏名	サービス提供年月	申立事由コード				申立理由
			様式番号※1		申立番号※2		
		平・令 年 月					
		平・令 年 月					
		平・令 年 月					
		平・令 年 月					
		平・令 年 月					
		平・令 年 月					
		平・令 年 月					
		平・令 年 月					
		平・令 年 月					
		平・令 年 月					

※1 様式番号コード一覧

コード番号	対象様式	申立対象項目
41	様式第二	障害児通所給付費・入所給付費等明細書
60	様式第三	障害児相談支援給付費請求書
70	様式第五	特例障害児通所給付費等明細書
71	様式第六	特例障害児相談支援給付費請求書

※2 申立番号コード一覧

コード番号	申立理由
01	台帳誤り修正による市町村申立の過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
09	時効による市町村申立の取り下げ
11	台帳誤りに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の取り下げ
90	その他の事由による台帳過誤
99	その他の事由による実績の取り下げ

障害児支援給付費等過誤申立書

記入例

(宛先)春日井市長

再請求予定年月の5日までに春日井市障がい福祉課に提出してください。

事業所番号	2	3	5	7	5	0	0	0	0	0
事業所名	〇〇事業所									
連絡先	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇									
担当	〇〇	再請求予定年月	令和〇年〇月							

下記の障害児支援給付費等について、過誤を申し立てます。

受給者証番号	受給者証氏名	サービス提供年月	申立事由コード				申立理由
			様式番号※1	申立番号※2			
* * * * * 0 0 0 1	〇〇 〇〇	平 (令) 3年 1月	1	0	0	2	請求誤りによる実績取り下げ
* * * * * 0 0 1 5	△△ △△	平 (令) 3年 1月	1	0	0	2	請求誤りによる実績取り下げ
* * * * * 0 5 0 0	□□ □□	平 (令) 3年 1月	1	0	0	2	請求誤りによる実績取り下げ
* * * * * 0 0 1 5	△△ △△	平 (令) 3年 3月	1	0	0	2	請求誤りによる実績取り下げ
* * * * * 0 5 0 0	□□ □□	平 (令) 3年 3月	1	0	0	2	請求誤りによる実績取り下げ
* * * * * 0 0 0 1	〇〇 〇〇	平 (令) 3年 7月	1	0	0	2	請求誤りによる実績取り下げ

利用児童氏名を記入してください。

過誤申立対象情報は
①サービス提供年月の古い順
②受給者番号の下四桁の数が少ない順
に記入してください。

※1 様式番号コード一覧

コード番号	対象様式	申立対象項目
41	様式第二	障害児通所給付費・入所給付費等明細書
60	様式第三	障害児相談支援給付費請求書
70	様式第五	特例障害児通所給付費等明細書
71	様式第六	特例障害児相談支援給付費請求書

※2 申立番号コード一覧

コード番号	申立理由
01	台帳誤り修正による市町村申立の過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
09	時効による市町村申立の取り下げ
11	台帳誤りに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の取り下げ
90	その他の事由による台帳過誤
99	その他の事由による実績の取り下げ