

事業所 → 区市町村

## 過 誤 申 立 書

( 障害者総合支援法・児童福祉法 )

区市町村番号 132080  
 区市町村名 調布市 御中

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

下記の介護給付費等について、過誤を申し立てます。  
 申立年月日 令和 年 月 日

番号	受給者証番号	フリガナ	サービス提供年月			申立事由 コード(※)	申立事由
		受給者氏名	年	月	分		
1			令和	年	月分		
2				年	月分		
3				年	月分		
4				年	月分		
5				年	月分		
6				年	月分		
7				年	月分		
8				年	月分		
9				年	月分		
10				年	月分		
11				年	月分		
12				年	月分		
13				年	月分		
14				年	月分		
15				年	月分		
16				年	月分		
17				年	月分		
18				年	月分		
19				年	月分		
20				年	月分		

※申立事由コード(上2桁:様式番号, 下2桁:申立事由番号)

**【様式番号】(上2桁)**

10	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二) ＜共同生活援助以外＞
11	介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第三) ＜共同生活援助＞
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)※H24.3まで
21	計画相談支援給付費請求書(様式第四)※H24.4～
30	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書(様式第六) ＜基準該当＞
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)

**【申立事由番号】(下2桁)**

02	請求誤りによる実績取り下げ
11	台帳誤り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取り下げ
99	その他の事由による実績の取り下げ

**【提出先】**

調布市 福祉健康部 障害福祉課 サービス支援係  
 〒182-8511 東京都調布市小島町2-35-1  
 (TEL) 042-481-7135  
 (FAX) 042-481-4288  
 (mail) syougai@city.chofu.lg.jp