

障害者自立支援給付費等過誤申立依頼書(請求取下依頼書)

(あて先)

札幌市 区保健福祉部長

年 月 日

下記のとおり、【障害者自立支援給付費・障害児通所給付費】について過誤申立を依頼します。

(依頼者) ※法人代表者または事業所管理者

事業所番号		電話番号	
事業所名		FAX番号	
住所		担当者名	

住所

名称

代表者等の
職名及び氏
名

番号	受給者証番号	フリガナ 受給者氏名	サービス提供年月 審査年月			サービス種類	過誤申立の理由
			年	月	日		
1			平成	年	月		
			平成	年	月		
2			平成	年	月		
			平成	年	月		
3			平成	年	月		
			平成	年	月		
4			平成	年	月		
			平成	年	月		
5			平成	年	月		
			平成	年	月		
6			平成	年	月		
			平成	年	月		
7			平成	年	月		
			平成	年	月		

記載例

障害者自立支援給付費等過誤申立依頼書(請求取下依頼書)

(めて元)

札幌市 中央 区保健福祉部長

該当する方を残してください。

平成 24 年 6 月 1 日

下記のとおり、【障害者自立支援給付費・障害児通所給付費】について過誤申立を依頼します。

(依頼者) ※法人代表者または事業所管理者

事業所番号	0 1 1 0 1 2 3 4 5 6	電話番号	011-211-2938
事業所名	札幌市障がい福祉課訪問介護事業所	FAX番号	011-218-5181
住所	札幌市中央区北1条西2丁目	担当者名	福祉 太郎

住所 札幌市中央区北1条西2丁目

名称 社会福祉法人 札幌市障がい福祉課

代表者等の職名及び氏名 理事長 札幌 太郎

番号	受給者証番号	フリガナ	サービス提供年月	サービス種類	過誤申立の理由
		受給者氏名	審査年月		
1	1 0 1 2 3 4 5 6 7 8	サッポロ イチロウ	平成 24 年 3 月	11、13	家事援助で請求すべき内容を、身体介護で請求していたため
		札幌 一郎	平成 24 年 4 月		
3			平成 年 月		
4			平成 年 月		
5			平成 年 月		
6			平成 年 月		
			平成 年 月		
7			平成 年 月		
			平成 年 月		

受給者が児童の場合は、児童氏名を記載してください。

審査月は、事業者から国保連に請求を行った月になります。例えば、9月にサービスを提供した場合は、通常、10月10日までに請求しますので、審査月は『10月』となります。

サービスコードの2ケタを記載してください。なお、該当する請求明細書に同一事業者番号の複数のサービス種類が存在する場合は、そのサービス種類すべてを記載してください。