

障害者自立支援給付費等過誤申立依頼書(同月過誤用)

(あて先)札幌市長

年 月 日

(依頼者) ※法人代表者または事業所管理者

住所

名称

代表者等の
職名及び氏名

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(同月過誤)を依頼します。

事業所番号	
事業所名	
住所	
担当者	
電話番号	
FAX番号	

1 過誤申立(同月過誤)依頼内容及び処理時期

対象者 名分

年 月 ~ 年 月 サービス提供実績分

年 月 の処理(再請求)を希望(詳細は同月過誤対象者一覧表のとおり)

※申立にあたっては、必ず「過誤申立(同月過誤)の依頼について」を確認してください

※処理月には、必ず誤りの無い内容で再請求が必要です(再請求を行わない場合や再請求がエラーが生じた場合、多額の返還金が生じる場合がありますので、ご注意ください)

2 過誤申立(同月過誤)依頼の理由

--

3 その他

上記の処理月には、誤りの無い内容で再請求を行います。また、北海道国民健康保険団体連合会における処理の結果、支払額がマイナスとなる場合は、別途札幌市の指示に従います。

記載例

自立支援給付費等過誤申立依頼書(同月過誤用)

(あて先)札幌市長

平成 24 年 6 月 1 日

(依頼者) ※法人代表者または事業所管理者

該当する方を残してください。

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**

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(同月過誤)を依頼します。

事業所番号	0 1 1 0 1 2 3 4 5 6
事業所名	就労支援センター 札幌市障がい福祉課
住所	札幌市中央区北1条西2丁目
担当者	福祉 太郎
電話番号	011-211-2938
FAX番号	011-218-5181

1 過誤申立(同月過誤)依頼内容及び処理時期

対象者 **3** 名分

平成 **24** 年 **1** 月 ~ 平成 **24** 年 **4** 月 サービス提供実績分

平成 **24** 年 **7** 月の処理を希望(詳細は同月過誤対象者一覧表のとおり)

※申立にあたっては、必ず

※処理月には、必ず誤りの無い

過誤対象の実績について、再請求を行いたい年月を記載してください。

多額の返還金が生じる場合がありますので、ご注意ください

再請求がエラーが生じた場合、

2 過誤申立(同月過誤)依頼の理由

札幌市の指導において、食事提供体制加算請求について指摘があり、これまでの請求に誤りがあることが判明しました。請求誤りがあった過去複数月の過誤申立が必要となり、通常の過誤処理では事業運営に支障をきたす恐れがあります。
つきましては、今回の過誤について同月での処理をお願いしたい。

下記の文言についてはそのまま残してください。

3 その他

上記の処理月には、誤りの無い内容で再請求を行います。また、北海道国民健康保険団体連合会における処理の結果、支払額がマイナスとなる場合は、別途札幌市の指示に従います。