障 害 介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

申立年月日： 令和　　年　　月　　日

長門市長　殿

事業所番号

事 業 所 名

担 当 者 名

TEL

下記の介護給付について　通常過誤　同月過誤　を申し立てます。　処理月：　　月

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由 コード	申　立　事　由
	年　月分		
	年　月分		
	年　月分		
	年　月分		
	年　月分		
	年　月分		
	年　月分		
	年　月分		

〔申立事由コード〕

様式番号　申立理由番号

様式番号		
1	0	介護給付費・訓練等給付費等給付費等明細書（様式第二）〈共同生活介護、共同生活援助以外〉
1	1	介護給付費・訓練等給付費等給付費等明細書（様式第三）〈共同生活介護、共同生活援助〉
2	0	サービス利用計画作成費請求書（様式第四）
3	0	特例介護給付費・特例訓練等給付明細書（様式第六）
5	0	地域生活支援事業明細書

申立理由番号		
0	2	請求誤りによる実績取り下げ
1	1	台帳誤り修正による事業所申立の過誤調整
3	2	提供実績記録表誤りによる実績の取り下げ
3	3	上限の誤りによる実績取り下げ
9	9	その他の事由による実績の取り下げ