（宛先）ふじみ野市長

児

**過誤申立て（取下げ）依頼書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求事業所 | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業者及びその事業所の名称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  | 担当 |  |

　　　　　　　　　　　（障害児通所給付費・入所給付費等請求、障害児相談支援給付費請求）

申立年月日：令和 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 証記載市町村番号 | 112458 |
| 証記載市町村名 | ふじみ野市 |

下記の利用者にかかる請求の取り下げを依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 受給者証番号 | 受給者氏名 | サービス提供年月日 | 申立事由コード |
| 様式番号 | 申立理由番号 |
| １ |  |  |  　 　 年 　 月 |   |   |
| 過誤事由 |  |  |  |
| ２ |  |  |  　 　 年 　 月 |   |   |
| 過誤事由 |  |  |  |
| ３ |  |  | 　年 　　　月 |  |  |
| 過誤事由 |  |  |  |
| ４ |  |  |  　年 　　　月 |  |  |
| 過誤事由 |  |  |  |
| ５ |  |  |  　年 　　　月 |  |  |
| 過誤事由 |  |  |  |
| ６ |  |  |  　年 　　　月 |  |  |
| 過誤事由 |  |  |  |
| ７ |  |  |  　 年 　　　月 |  |  |
| 過誤事由 |  |  |  |
| ８ |  |  |  　 年 　　　月 |  |  |
| 過誤事由 |  |  |  |
| ９ |  |  |  　 年 　　　月 |  |  |
| 過誤事由 |  |  |  |
| １０ |  |  |  　 年 　　　月 |  |  |
| 過誤事由 |  |  |  |
|  |  |
| 【様式番号】 | 【申立理由番号】 |
| ４１：障害児通所給付費・入所給付費等明細書（様式第四）６０：障害児相談支援給付費請求書（様式第五）７０：特例障害児通所給付費・入所給付費等明細書（様式第七）７１：特例障害児相談支援給付費請求書（様式第八） | 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 |