

* どちらかに○を付けてください。

☐	通常過誤
☐	同月過誤

障害福祉サービス費等過誤申立依頼書

事業所番号	
事業所名	
電話番号	
担当者名	

(宛 先) 桐 生 市 長

下記のとおり過誤の申し立てを依頼します。令和 年 月 日

受給者証番号 受給者氏名	様式番号	サービス提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	単位数(上段)	市負担額(円)	再請求市負担額(上段)
					特定障害者特別給付費(下段)		再請求予定月(下段)
		令和 年 月					
		令和 年 月					
		令和 年 月					
		令和 年 月					
		令和 年 月					
		令和 年 月					
		令和 年 月					
		令和 年 月					
		令和 年 月					

【様式番号】(上2桁)
障害者総合支援法 10:介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二)、11:訓練等給付費等明細書(様式第三)、21:計画相談支援給付費請求書(様式第四)
児童福祉法 41:障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)、60:障害児相談支援給付費請求書(様式第三)

○	通常過誤
	同月過誤

記載例

事業所番号	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所名	〇〇事業所									
電話番号	0277-00-0000									
担当者名	桐生 太郎									

下記のとおり過誤の申し立てを依頼します。

令和 7 年 ○ 月 ○ 日

[illegible]

障害者総合支援法 10: 介護給付費・訓練等給付費等明細書(様式第二)、11: 訓練等給付費等明細書(様式第三)、21: 計画相談支援給付費請求書(様式第四)
児童福祉法 41: 障害児通所給付費・入所給付費等明細書(様式第二)、60: 障害児相談支援給付費請求書(様式第三)