*	どちらた	こり)を付	けて	ください	c
---	------	----	-----	----	------	---

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	業月	近番	: 号						
事	業	所	名				ı	I	
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) 特定障害者特別給付費(下段)	市負担額(円)	再請求市負担額(上段) 再請求予定月(下段)
		令和 年 月					<u>円</u> 月
		令和 年 月					
		令和 年 月					円 月
		令和 年 月					円 月
		令和 年 月					円 月
		令和 年 月					円 月
		令和 年 月					円 月
		令和 年 月					円 月
		令和 年 月					円 月
		令和 年 月					円 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

障害福祉サービス費等過誤申立依頼書

事	業月	沂番	号	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事	業	所	名	\bigcirc	\bigcirc	事	業月	折					
電	話	番	号	02	77	-0()-(000	0				
担	当	者	名	桐	生	フ フ	旭	3					

(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 7 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) 特定障害者特別給付費(下段)	市負担額(円)	再請求市負担額(上段) 再請求予定月(下段)
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 福祉 太郎	10	令和 <mark>7</mark> 年 4 月	居宅介護	請求誤りによる実績取下げ	39,860	361,400	359,900 円 √ 9 月
		令和 年	(算の請求漏			月月
		_{会和 年} れ	体的に。加 の場合はカ てください。	算の請求編 口算名も記入 既に請求る 記入してく	された単位数を ださい。	既に請求された(支払われた)金額を記入してください。	一 改めて請求される金 額及び再請求を予定 している月を記入して 人ださい。
		令和 年 月					円 月
		令和 年 月					<u>円</u> 月
		令和 年 月					
		令和 年 月					
		令和 年 月					円 月
		令和 年 月					
		令和 年 月					<u>円</u> 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)