過 誤 申 立 書 （ 障害児通所支援 ）

市町村番号：12204

船橋市

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

下記の障害児通所給付費について、過誤を申し立てます。

申立年月日　　令和　　年　　月　　日

番号	受給者証番号	フリガナ 受給者氏名	サービス提供年月	申立事由コード※	申立事由
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

※申立事由コード（上2桁：様式番号、下2桁：申立理由番号）

【様式番号】（上2桁）

41	障害児通所給付費等明細書（様式第四）（H24.4から）
60	障害児相談支援給付費請求書（様式第五）（H24.4から）
70	特例障害児通所給付費等明細書（様式第七）（H24.4から）
71	特例障害児相談支援給付費請求書（様式第八）（H24.4から）

【申立理由番号】（下2桁）

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
99	その他の事由による実績の取り下げ

船橋市療育支援課　電話 047－436－2121
FAX 047－436－2549