

(あて先) 小牧市長

過誤申立て (取下げ) 依頼書

(障害児通所給付費、障害児入所給付費、障害児相談支援給付費請求)

申立年月日:

証記載 市町村番号	2	3	2	1	9	9
証記載 市町村名	小牧市					

請求事業者	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

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(カナ)	サービス 提供年月	申立事由コード	
				様式番号	申立理由番号
1			H・R 年 月		
	過誤事由				
2			H・R 年 月		
	過誤事由				
3			H・R 年 月		
	過誤事由				
4			H・R 年 月		
	過誤事由				
5			H・R 年 月		
	過誤事由				
6			H・R 年 月		
	過誤事由				
7			H・R 年 月		
	過誤事由				
8			H・R 年 月		
	過誤事由				
9			H・R 年 月		
	過誤事由				
10			H・R 年 月		
	過誤事由				

【様式番号】

- 55: 障害児相談支援給付費明細書
- 61: 障害児通所・入所給付費明細書

【申立理由番号】

- 02: 請求誤りによる実績取り下げ
- 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