

障害者自立支援給付費等過誤申立書

年 月 日

三好市 長 様

請求に過誤がありましたので、次のとおり申し立てます。

事業所番号									
事業所名									
電話番号								担当 者名	
FAX番号									

受給者証番号 受給者氏名	サービス提供年月	請求年月	サービス種別	申立事由
3 6 × × × × × × × × 1 記載例：徳島 花子	平成19年9月	平成19年10月	生活介護	〇〇加算の請求を行っていたが、加算要件を満たしていないことがわかったため、加算を「なし」として再度請求を行う。

\* 各市町村から別に過誤請求の方法について指定がある場合は、市町村の指示に従ってください。  
 \* 欄が足りない場合は、適宜欄を追加して使用してください。