

(あて先) 戸田市長

過誤申立て (取下げ) 依頼書

申立年月日: 年 月 日

証記載 市町村番号	1	1	2	2	4	1
証記載 市町村名	戸田市					

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			年 月		
	過誤事由				
2			年 月		
	過誤事由				
3			年 月		
	過誤事由				
4			年 月		
	過誤事由				
5			年 月		
	過誤事由				
6			年 月		
	過誤事由				
7			年 月		
	過誤事由				
8			年 月		
	過誤事由				
9			年 月		
	過誤事由				
10			年 月		
	過誤事由				

【様式番号】

- 41: 障害児通所給付費明細書(様式第二)
- 60: 障害児相談支援給付費請求書(様式第三)
- 70: 特例障害児通所給付費明細書(様式第五)
- 71: 特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書(様式第六)

【申立理由番号】

- 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
- 90: その他の事由による台帳過誤
- 99: その他の事由による実績の取り下げ