

# 障害介護給付費等過誤申立書

太枠内をご記入ください。

市町村番号 : 121004  
 市町村名 : 千葉市

【提出先】千葉市障害福祉サービス課  
 千葉市役所 1階  
 FAX 043-245-5630  
 メール shogaifukushi.HWS@city.chiba.lg.jp

事業所名称	千葉事業所
担当者名	千葉 花子
担当者電話番号	043-000-0000

下記の給付費について、過誤を申し立てます。

※1 様式番号(前2桁)は下記から選択してください。

※2 申立理由番号(後2桁)は下記から選択してください。

※1 10: 介護給付・訓練等給付等<共同生活援助(GH)を除く、障害福祉サービス(居宅介護・就労移行・短期入所・生活介護等)> 11: 共同生活援助 (GH) 41: 障害児通所給付・入所給付等<放課後等デイサービス・児童発達支援等>	21: 特定相談支援(者 計画相談支援) 60: 障害児相談支援 12: 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援) 50: 地域生活支援(移動支援・日中一時支援・訪問入浴)	※2 02: 請求誤り 32: 実績記録票誤り 33: 上限の誤り 99: その他の事由
---	--	--

申立年月日	平成31年3月26日	事業所番号	1	2	0	0	0	0	0	0	0	事業所名称	千葉事業所
-------	------------	-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	-------

番号	受給者証番号										フリガナ (児フリガナ)		サービス提供年月 (提供月ごとに1行記載)	申立事由コード		サービス名称	申立事由	市記入欄					
											受給者氏名 (障害児氏名)			様式 ※1	理由 ※2			入	確	確	決		
1	2 0 0 0 0 0 0 0 0 0										チバ イチロウ (チバ タロウ) 千葉 一郎 (千葉 太郎)	30	12	1	0	0	2	居宅介護	処遇改善加算算定誤り				
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							

新様式  
 H31. 3. 26以降

番号	受給者証番号	フリガナ (児フリガナ)		サービス提供年月 (提供月ごとに1行記載)	申立事由コード		サービス名称	申立事由	市記入欄				
		受給者氏名	(障害児氏名)		様式 ※1	理由 ※2			入力	確認	確認	決定	
11				年 月									
12				年 月									
13				年 月									
14				年 月									
15				年 月									
16				年 月									
17				年 月									
18				年 月									
19				年 月									
20				年 月									
21				年 月									
22				年 月									
23				年 月									
24				年 月									
25				年 月									