

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)>	21: 特定相談支援(者 計画相談支援)	※2	02: 請求誤り
	11: 共同生活援助 (GH)	60: 障害児相談支援		32: 実績記録票誤り
	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>	12: 地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)		33: 上限の誤り
		50: 地域生活支援(移動支援・日中一時支援・訪問入浴)		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	入力	確認	確認			決定												
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 年 12 月	1	0	0	2	居宅介護	処遇改善加算算定誤り													
2												年 月																			
3												年 月																			
4											新様式 H31. 3. 26以降																				
5																															
6																															
7																															
8												年 月																			
9												年 月																			
10												年 月																			

新様式
H31. 3. 26以降

申立年月日

平成31年3月26日

事業所番号

12000000

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） 受給者氏名（障害児氏名）		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 様式※1理由※2		サービス名称	申立事由	市記入欄			
																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								