障害者自立支援給付費等過誤申立書

平成　　年　　月　　日

藍住町長　　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	○○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。