

自立支援給付費・障害児通所給付費等過誤申立書

年 月 日

別府市長あて

下記の障害福祉サービス費・障害児通所給付費等について、過誤を申し立てます。

過誤希望月
(再請求月) 月

事業所番号															
事業所名															
担当者名															
連絡先															

	受給者証番号	受給者氏名	サービス種類	サービス提供年月	上限管理対象者	申立理由
1				～	該当・非該当	
2				～	該当・非該当	
3				～	該当・非該当	
4				～	該当・非該当	
5				～	該当・非該当	
6				～	該当・非該当	
7				～	該当・非該当	
8				～	該当・非該当	
9				～	該当・非該当	
10				～	該当・非該当	

※1 同月過誤の申請は、市から国保連への申立てが必要です。月始めの開庁日3日目が国保連への期限となりますので、月末までに提出をお願いします。
 ※2 上限管理がされている月については、他の事業所の上限管理結果額が変更となる可能性があります。原則、変更が生じる事業所すべて過誤をしていただくこととなりますので、必ず確認をお願いします。また、上限管理後の利用者負担額に変更が生じる場合は、上限管理事業所へ連絡してください。