

事業所 → 区市町村

## 過 誤 申 立 書(障 害 児 通 所)

区市町村番号 1 3 1 1 0 5  
 区市町村名 目黒区 宛て

※ 月10日請求時に請求いたします。

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

下記の障害児通所給付費について、過誤を申し立てます。

申立年月日 年 月 日

番号	受給者証番号										フリガナ 受給者氏名	サービス提供年月	サービス種類	申立事由 コード※				申 立 事 由	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			

※申立事由コード(上2桁:様式番号、下2桁:申立理由番号)  
**【様式番号】**(上2桁)

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・特例訓練等給付費等明細書(様式第六)

**【申立理由番号】**(下2桁)

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
99	その他の事由による実績の取り下げ

目黒区 障害施策推進課 障害福祉給付係 (03-5722-9254)  
 担当者名 ( )