

事業所→市町村(福祉事務所)

市町村名または福祉事務所名	福山市
市町村番号または福祉事務所番号	3 4 2 0 7 6

年 月 日報告

**過誤申立書 <障がい福祉サービス, 計画相談支援, 地域相談支援, 障がい児通所支援, 障がい児相談支援, 地域生活支援事業>**

事業所名	
------	--

次の当事業者請求分について過誤(取下)申請します。(過誤する種別に○をして事業所番号を記入してください。)

障がい福祉サービス(GH以外)	事業者番号	1							
障がい福祉サービス(GH)	事業者番号	2							
計画相談支援・地域相談支援	事業者番号	3							
障がい児通所支援	事業者番号	5							
障がい児相談支援	事業者番号	7							
地域生活支援事業(移動・日中一時支援)	事業者番号	6							

※種別が複数ある場合は、それぞれ過誤申立書を作成してください。

過誤申請対象となる障がい福祉サービス等の報告

サービス提供年月	受給者証番号	支給決定障害者(保護者)名	支給決定に係る児童名	過誤申立事由
2 0 年 月分				
2 0 年 月分				
2 0 年 月分				
2 0 年 月分				
2 0 年 月分				
2 0 年 月分				
2 0 年 月分				
2 0 年 月分				
2 0 年 月分				
2 0 年 月分				
2 0 年 月分				
2 0 年 月分				

※再請求をする前月末までに提出してください。