

過誤申立書(障害自立支援給付費等及び障害児通所支援等給付費)の記入手順

- ①エクセルのプルダウン機能を設定しているのので、過誤の原因が「**実地指導による過誤**」か「**それ以外による過誤**」を選んで該当するものに○を、該当しないものに×を付けてください。

	×	実地指
	×	それ以
	○	
	×	

- ②記入している現在日の日付を記載してください。
 担当者名は市役所から連絡をした際に内容の返答ができる者を記載してください。
 会社印鑑(社判・社版・角印・認印)の押印は不要です。

過誤申立書 (障害者自立支援給付費等及び障害児通所支援等給付費)

(あて先) 沖縄市長
 請求に過誤がありましたので、次のとおり申し立てます。

①

×	実地指導による過誤
○	それ以外による過誤

②

令和	6	年	4	月	25	日
事業所番号	4	7	1	0	0	0
法人名	(社) ジャパン福祉会					
事業所名	就労支援ジャパン					
電話番号	098-123-4567					
担当者名	琉球 花子					

再請求の
 予定年月

○	あり
×	なし

R 0 6 年 0 5 月

※提出期限は再請求する月の前月末日(土日休祝はその翌日)とする。

受給者証番号		受給者氏名	過誤対象の提供年月(毎月)														
4	7	2	1	1	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	1	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	2	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	3	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	4	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	1	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	2	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	3	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	4	月
4	7	2	1								R			年			月
4	7	2	1								R			年			月

様式番号	内容	申立番号	内容
1	10 共同生活援助以外の介護給付・訓練等給付	02	請求誤りによる実績取り下げ
2	11 共同生活援助	32	提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
3	21 地域相談支援	33	上限の誤りによる実績取り下げ
3	24 計画相談支援	99	その他の事由による実績の取り下げ
6	50 地域生活支援		
5	41 障害児通所支援		
7	60 障害児相談支援		

過誤申立書(障害自立支援給付費等及び障害児通所支援等給付費)の記入手順

③

様式番号について

事業所番号の左から3番目の数字を様式左下の様式番号から選んで記載してください。

相談支援については2択になりますので適切な番号を判断の上、記入してください。

申立番号について

様式右下の申立番号から選んで記載してください。

特に必要が無い限り02を記載してください。

過誤申立書 (障害者自立支援給付費等 及び 障害児通所支援等給付費)

(あて先) 沖縄市長
請求に過誤がありましたので、次のとおり申し立てます。

<input checked="" type="checkbox"/>	実地指導による過誤
<input type="checkbox"/>	それ以外による過誤

様式番号	申立番号
10	02

令和 6 年 4 月 25 日

事業所番号	4 7 1 0 0 0 0 0 0 1
法人名	(社) ジャパン福祉会
事業所名	就労支援ジャパン
電話番号	098-123-4567
担当者名	琉球 花子

再請求の 予定年月	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
R 0 6 年 0 5 月	

※提出期限は再請求する月の前月末日(土日休日はその翌日)とする。

受給者証番号										受給者氏名		過誤対象の提供年月(毎月)					
4	7	2	1	1	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	1	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	2	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	3	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	4	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	1	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	2	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	3	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	4	月
4	7	2	1								R			年			月
4	7	2	1								R			年			月

様式番号	内容
1	10 共同生活援助以外の介護給付・訓練等給付
2	11 共同生活援助
3	21 地域相談支援
3	24 計画相談支援
6	50 地域生活支援
5	41 障害児通所支援
7	60 障害児相談支援

申立番号	内容
02	請求誤りによる実績取り下げ
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

過誤申立書(障害自立支援給付費等及び障害児通所支援等給付費)の記入手順

- ④エクセルのプルダウン機能を設定しているので
再請求の予定月が「あり」か「なし」を選んで
該当するものに○を、該当しないものに×を付けてください。

×	あり
×	なし
○	月
×	

再請求の予定月が「あり」の場合は
再請求する年月を記載してください。

過誤申立書 (障害者自立支援給付費等 及び 障害児通所支援等給付費)

(あて先) 沖縄市長
請求に過誤がありましたので、次のとおり申し立てます。

×	実地指導による過誤
○	それ以外による過誤

令和 6 年 4 月 25 日

様式番号	申立番号	事業所番号	4	7	1	0	0	0	0	0	0	0	1
10	02	法人名	(社) ジャパン福祉会										
再請求の予定年月		再請求の予定年月	就労支援ジャパン										
R 0 6 年 0 5 月		電話番号	098-123-4567										
		担当者名	琉球 花子										

※提出期限は再請求する月の前月末日(土日休日はその翌日)とする。

受給者証番号												受給者氏名		過誤対象の提供年月(年月毎)				
4	7	2	1	1	0	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	1	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	2	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	3	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	4	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	1	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	2	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	3	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	4	月
4	7	2	1									R			年			月
4	7	2	1									R			年			月

様式番号	申立番号
1 10 共同生活援助以外の介護給付・訓練等給付	02 請求誤りによる実績取り下げ
2 11 共同生活援助	32 提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
3 21 地域相談支援	33 上限の誤りによる実績取り下げ
3 24 計画相談支援	99 その他の事由による実績の取り下げ
6 50 地域生活支援	
5 41 障害児通所支援	
7 60 障害児相談支援	

過誤申立書(障害自立支援給付費等及び障害児通所支援等給付費)の記入手順

⑤過誤の対象について

④の再請求を行う範囲で記載をしてください。

再請求が異なる月の対象がある場合は、
過誤申立書を新たに作成してください。

⑥印刷の方法

黄色セルは事業者に分かりやすくしているもの
なので、印刷は白黒出力で構いません。

過誤申立書 (障害者自立支援給付費等 及び 障害児通所支援等給付費)

(あて先) 沖縄市長
請求に過誤がありましたので、次のとおり申し立てます。

<input checked="" type="checkbox"/>	実地指導による過誤
<input type="checkbox"/>	それ以外による過誤

様式番号	申立番号	令和	6	年	4	月	25	日				
10	02	事業所番号	4	7	1	0	0	0	0	0	0	1
再請求の 予定年月	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	法人名	(社) ジャパン福祉会									
R 0 6 年 0 5 月		事業所名	就労支援ジャパン									
		電話番号	098-123-4567									
		担当者名	琉球 花子									

⑤ ※提出期限は再請求する月の前月末日(土日祝はその翌日)とする。

受給者証番号												受給者氏名		過誤対象の提供年月(年月日)			
4	7	2	1	1	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	1	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	2	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	3	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	1	沖縄 太郎	R	0	6	年	0	4	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	1	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	2	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	3	月
4	7	2	1	1	0	0	0	0	2	沖縄 市子	R	0	6	年	0	4	月
4	7	2	1								R			年			月
4	7	2	1								R			年			月

様式番号	申立番号
1 10 共同生活援助以外の介護給付・訓練等給付	02 請求誤りによる実績取り下げ
2 11 共同生活援助	32 提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
3 21 地域相談支援	33 上限の誤りによる実績取り下げ
3 24 計画相談支援	99 その他の事由による実績の取り下げ
6 50 地域生活支援	
5 41 障害児通所支援	
7 60 障害児相談支援	