

過誤請求申請書

申請日 年 月 日

申請者	事業所名	印	事業所番号											
	所在地	〒 電話番号 ( )												
申請に係る明細書情報	受給者氏名		受給者番号											
	提供年月日	年	月	サービス種類										
	過誤発生箇所	<input type="checkbox"/> 利用者負担額 <input type="checkbox"/> 上限管理結果 <input type="checkbox"/> 上限管理結果額 <input type="checkbox"/> サービス利用日数 <input type="checkbox"/> サービス内容・サービスコード <input type="checkbox"/> A型減免(事業者減免額) <input type="checkbox"/> A型減免(減免後利用者負担額) <input type="checkbox"/> 特定障害者特別給付費(日数) <input type="checkbox"/> その他( )												
	誤請求額		正請求額		差額									
	過誤発生経緯記述欄(過誤発生の経緯、関係事業所等具体的にご記入下さい)													
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>														

- \* 申請年月日は伊予市に届出を行った日付をご記入ください。
- \* 原則として同月過誤での処理となります。
- \* 処理予定年月を伊予市と事業所双方で確認して下さい。

処理結果記入欄(伊予市)	処理年月日	年	月	日	処理過誤区分	<input type="checkbox"/> 通常過誤	<input type="checkbox"/> 同月過誤
	申立事由	<input type="checkbox"/> 01台帳誤り修正による過誤調整 <input type="checkbox"/> 02請求誤りによる実績取り下げ <input type="checkbox"/> 03その他( )					
その他連絡事項記入欄							