過誤申立て（取下げ）依頼書

（障害福祉サービス・障害児通所給付費等請求）

中野市長　湯本　隆英　様

令和　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求事業者 | 事業所番号 |  |
| 事業所名称  所在地  代表者名 |  |
| 電話番号 |  |

下記の利用者にかかる請求の取下げを依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 受給者番号 | 受給者氏名 | サービス  提供年月 | 過誤調整前  決定額 | 過誤理由 | 再請求  予定年月 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |