

事業所 → 市町村

### 障害者自立支援給付費等過誤申立書(請求取下依頼書)

記入例

市町村番号:143214

寒川町 福祉課 宛

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
事業所名	さむかわ園									
担当者名	寒川 一郎					電話	0467-74-1111			

提出日	2022年6月4日
-----	-----------

次のいずれかにチェックしてください。

全国システムの請求のみを過誤

全国システムとかながわシステムの請求を過誤

かながわシステムの請求のみを過誤

**【注意】**

※Fax、メールで送信いただく場合、紙提出は不要です。

	受給者証番号										サービス提供年月	請求年月 (審査年月)	サービス種類	過誤申立の理由	区分
1	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2022年4月	2022年5月	生活介護	請求コード誤り	者
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

郵送送付先 : 〒253-0196 神奈川県高座郡寒川町宮山165 寒川町役場 健康福祉部 福祉課 障がい福祉担当 宛

Fax送信番号 : 0467-74-5613

メールアドレス : fukushi@town.samukawa.kanagawa.jp