

# 記載例

## 自立支援給付費等過誤申立依頼書(同月過誤用)

(あて先)北広島市長

令和 ○ 年 6 月 15 日

(依頼者) ※法人代表者または事業所管理者

該当する方を残してください。

住所 北広島市中央○丁目○番地○

名称 社会福祉法人 北広島市

代表者等の  
職名及び氏名 理事長 福祉 太郎

者代  
印表

下記のとおり、【障害者自立支援給付費 ~~障害児通所給付費~~】について過誤申立(同月過誤)を依頼します。

事業所番号	0	1	1	0	1	2	3	4	5	6
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

事業所名	就労支援センター 北広島
住所	北広島市中央○丁目○番地○

担当者	福祉 太郎
電話番号	011-372-3311
FAX番号	011-398-4312

### 1 過誤申立(同月過誤)依頼内容及び処理時期

対象者 3 名分

令和 ○ 年 1 月 ~ 令和 ○ 年 4 月 サービス提供実績分

令和 ○ 年 7 月 の処理を希望(詳細は同月過誤対象者一覧表のとおり)

### 2 過誤申立(同月過誤)依頼の理由

過誤対象の実績について、再請求を行  
いたい年月を記載してください。

**例** 北広島市の指導において、食事提供体制加算請求について指摘があり、これまでの請求に誤りがあることが判明しました。請求誤りがあった過去複数月の過誤申立が必要となり、通常の過誤処理では事業運営に支障をきたす恐れがあります。つきましては、今回の過誤について同月での処理をお願いしたい。

下記の文言についてはそのまま残して  
ください。

### 3 その他

北海道国民健康保険団体連合会における処理の結果、支払額がマイナスとなる場合には、別途北広島市の指示に従うことといたします。