

指定障害福祉サービス事業者 管理者 様

茨木市福祉部障害福祉課

課長 井上 寛之

障害者自立支援給付費の過誤申立手続きの電子化について(周知)

平素は、本市障害者福祉行政の推進にご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

標記につきまして、業務の電子化・効率化の観点から、障害者自立支援給付費(介護給付費・訓練等給付費等)の請求事務における過誤申立手続きを紙書類による窓口受付から Logo フォームによるデジタル窓口受付へ移行(電子化)しますので、ご確認いただきますようお願いいたします。

1 過誤申立手続きに係るデジタル窓口及び提出期限

(1) デジタル窓口(令和7年11月から運用開始、令和8年4月から電子申請のみの受付)

下記の URL により手続きをおこなってください。



URL <https://logoform.jp/form/2Qoq/1207622>

※「茨木市ホームページ>オンラインサービス>オンライン申請一覧」
にもリンク先を掲載しています。

QR コード



(2) 提出期限

毎月1日から末日まで

2 過誤申立の流れ

(1) 【障害福祉サービス提供事業所】は、デジタル窓口にて過誤申立申請を行い、過誤申立申請を行った月の翌月以降に正しい請求情報を国保連合会に送信する。

(2) 【市障害福祉課】は、月初に過誤情報を国保連合会に送信する。

(3) 【国保連合会】は、障害福祉サービス提供事業所がデジタル窓口にて過誤申立申請を行った月の翌月から過誤申立によって取り下げる金額を差し引いた額をサービス事業所に支払う。

○留意点

・返戻になった請求情報については、過誤申立は不要です。翌月以降に正しい請求情報を国保連合会に送信してください。

・誤った箇所が1日分だけでも当該受給者の当該月分全体が取り下げとなります。

・過誤申立をせずに再請求を行った場合は重複請求として返戻となります。

・令和8年4月以降の過誤申立手続きは電子申請のみの受付になりますので、ご注意ください。

<問合せ先>

茨木市福祉部 障害福祉課

認定給付1・2グループ(担当:芦田、藤堂)

Tel 072-620-1636(直通)

Email: syogaifukushi@city.ibaraki.lg.jp

次の内容について、過誤を申し立てします。

事業者（事業所）情報を入力してください。 **必須**

事業者名（事業所名） **必須**

事業者番号（事業所番号） **必須**

半角数字で入力してください。

0 / 60000

0 / 10

法人情報を入力してください。 **必須**

会社名

会社名 **必須**

0 / 64

会社所在地

郵便番号 **必須**

0 / 8

都道府県 **必須**



市区町村 **必須**

0 / 64

番地以降 **必須**

0 / 64

会社電話番号

電話番号 **必須**

0 / 15

会社代表者

氏 **必須**

0 / 64

名 **必須**

0 / 64

担当者

メールアドレス **必須**

0 / 128

メールアドレス（確認） **必須**

0 / 128

下記の内容について、過誤を申し立てします。

受給者証番号（100から始まる10桁の数字） **必須**

受給者氏名 **必須**

サービス提供年月（和暦） **必須**

申立事由 **必須**

削除

+ 行を追加

申立事由を「99 その他の事由による実績の取り下げ」とされた場合はご入力ください。

0 / 60000

→ 確認画面へ進む

📄 入力内容を一時保存する