

介護給付費 過誤申立依頼書
 介護予防・日常生活支援総合事業費

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
担当者氏名	

吉岡町長様

下記の介護給付費について、過誤の申し立てを依頼します。 (通常・同月) 過誤 平成 年 月 日

	被保険者番号 被保険者氏名	種別 ※	サービス提供年月	サービス種類	サービス名称	請求単位 (食事提供費)	様式 番号	申立事由 番号	申立事由	備考
1	10345		平成 年 月			()				
2	10345		平成 年 月			()				
3	10345		平成 年 月			()				
4	10345		平成 年 月			()				
5	10345		平成 年 月			()				
6	10345		平成 年 月			()				

※種別： サ…サービス計画費請求明細書、 請…請求明細書

●申立の際は、事前連絡(電話)をお願いします。