

介護給付費
 介護予防・日常生活支援総合事業費

過誤申立依頼書

該当する方の口にチェックを入れてください。
 ※介護給付費と介護予防・日常生活支援総合事業費の両方を
 申立する場合は、それぞれ用紙を分けてください。

該当する方に○を付けてください。

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

年 月 日

	被保険者番号	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
	被保険者氏名											
1	10345***** 吉岡 太郎	請	年 月	1 3	訪問看護	1234 ()	1	0	0	2	請求誤りによる実績取り下げ	
2	下記※を参照してください。			別掲のサービス種類(コード)を参照してください。		過誤処理する単位数 (同一明細書中に複数サービスがある場合は、 全ての単位数)					別掲の様式・申立事由番号を参照してください。	
3	10345		年 月			()						
4	10345		年 月			()						
5	10345		年 月			()						
6	10345		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。