

介護給付費 過誤申立依頼書

真鶴町長 様

年 月 日

事業所名		事業所番号																	
------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

次の介護給付費について、通常 同月 過誤申立を依頼します。

所在地・連絡先		担当者	
---------	--	-----	--

被保険者番号	過誤申立対象年月（サービス提供年月）…対象月を○で囲んでください												※ 提供サービス	申 立 事 由 （該当する事由に○をつけてください）		
氏 名	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	月	※ 申立事由コード	
																1 請求誤りのため（過少請求・過剰請求） 2 サービス実績がないため 3 その他 ()
																1 請求誤りのため（過少請求・過剰請求） 2 サービス実績がないため 3 その他 ()
																1 請求誤りのため（過少請求・過剰請求） 2 サービス実績がないため 3 その他 ()
																1 請求誤りのため（過少請求・過剰請求） 2 サービス実績がないため 3 その他 ()
																1 請求誤りのため（過少請求・過剰請求） 2 サービス実績がないため 3 その他 ()

◆ 提出期限は、毎月10日です。別紙過誤申立事由コード表により、ご記入ください。「提供サービス」はサービスの種類名を、「申出事由コード」左2桁に様式番号を、右2桁には事由コードを記入してください。