

# 介護給付費過誤申立依頼書

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

平成 **XX** 年 **XX** 月 **XX** 日

- ※ 様式番号、申立理由番号は別紙を参照してください。
- ※ 再請求を行う前月末までに提出してください。
- ※ 複数月ある場合は、利用者ごとに並べてください。
- ※ 被保険者番号が「H」から始まる利用者は、介護保険の対象ではありません。

様式番号 ..... サービスの種類  
 申立理由番号 ..... 請求取り下げの理由

**XX** 枚中の **XX** 枚目

事業者番号	0123456789		
事業者名	●●●●●●●●事業所		
サービス種類	居宅介護支援		
所在地	三戸郡南部町大字●●●字●●●×××番地×××		
担当者氏名	●●● ●●●	電話番号	XXXX-XX-XXXX

被保険者番号	被保険者氏名 (生年月日)	サービス提供月	国保連審査月	様式番号	理由番号	当初請求	再請求	過誤申立の理由
000000123	□□□ □□□ 大正 XX年 XX月 生	28 4	28 5	10	02	1,111 単位	999 単位	○○○○○のため
000012345	○○○ ○○○ 昭和 XX年 XX月 生	28 4	28 5	10	02	2,222 単位	1,111 単位	○○○○○のため
000012345	○○○ ○○○ 昭和 XX年 XX月 生	28 5	28 6	10	02	2,222 単位	1,111 単位	○○○○○のため
0001234567	△△△ △△△ 大正 XX年 XX月 生	28 6	28 7	40	46	3,333 単位	2,222 単位	○○○○○のため
0123456789	××× ××× 昭和 XX年 XX月 XX日生	28 6	28 7	40	46	3,333 単位	2,222 単位	○○○○○のため

被保険者番号順に並べてください