南部町 健康福祉課 介護保険班　行

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　　年　　月　　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

枚中の　　枚目

事業者番号			
事業者名			
サービス種類			
所在地			
担当者氏名		電話番号	

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
	年　月　日生	年	月	年	月			単位	単位	
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
	年　月　日生	年	月	年	月			単位	単位	
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
	年　月　日生	年	月	年	月			単位	単位	
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
	年　月　日生	年	月	年	月			単位	単位	
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
	年　月　日生	年	月	年	月			単位	単位	