

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

下記の介護給付費（事業費）について、過誤を申し立てます。

- ※様式番号、理由番号は別紙を参照してください。
- ※再請求を行う前月25日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から始まる場合は、介護保険の対象ではありません。
- ※記入例を参考にし、作成してください。

様式番号 サービスの種類 理由番号 請求取り下げの理由

事業所番号									
事業所名									
サービス種類									
所在地									
電話番号									
担当者氏名									

(枚中の 枚目)

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	年 月	年 月			単位	単位	
	年 月 日	年 月	年 月			単位	単位	
	年 月 日	年 月	年 月			単位	単位	
	年 月 日	年 月	年 月			単位	単位	
	年 月 日	年 月	年 月			単位	単位	
	年 月 日	年 月	年 月			単位	単位	