

介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

杵藤地区広域市町村圏組合管理者 様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年 月 日

事業所番号			
事業者名			
所在地	〒		
連絡先	電話番号		担当者氏名

被保険者番号	(フリガナ) 被保険者氏名	証 記 載 保 険 者 番 号	サ ー ビ ス 提 供 年 月	提 供 サ ー ビ ス 種 類	申 立 事 由 (具体的に記入する)
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		

《記入要領》

- ・『証記載保険者番号』欄については、当該過誤申立にかかる「介護給付費請求明細書」に記載したものを記入する。
- ・『フリガナ』欄についても漏れのないよう記入すること。
- ・『提供サービス』欄については、当該過誤申立にかかる「介護給付費明細書」に記載されたものを記入する。(“訪問介護”→“訪介”等の略は可)

《添付書類》

- ・当該申立にかかる「介護給付費請求明細書」を添付すること。