

サービス事業者→ 市

## 介護給付費過誤申立依頼書

(あて先)東御市長

<input type="checkbox"/>	通常過誤
<input type="checkbox"/>	同月過誤 (再請求予定: 年 月)

※どちらかに○を付け、同月過誤の場合は再請求予定年月を記入してください。

	年 月 日
事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	電話 ( )

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類名	過誤申し立てする様式 (請求書、明細書等)	申立事由	申立事由 コード
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				
		年 月				

※申立事由コードは、記入しないでください。