

介護給付費 [(同月) ・ 通常] 過誤申立書

邑智郡総合事務組合 管理者様

記入例

●申立したいサービス種類により様式を選択して下さい。
 総合事業費・・・訪問型・通所型サービス
 介護予防ケアマネジメント
 介護給付費・・・上記以外のサービス

●同月過誤・通常過誤のどちらで申立を行うか
 ○をつけて下さい。

事業者番号	3200000000
事業者名	介護保険施設●●
所在地	〒696-0001 邑智郡川本町大字川本332-15
連絡先 (TEL)	0855-72-3535
担当者	〇〇 〇〇

次の介護給付費について、過誤申立を依頼します。

No.	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	サービスの種類	申立の詳細	再請求の有無
1	00000000 邑智 介護	令和5年 1月	介護老人福祉施設	〇〇について、×単位で請求したが◎単位が正しいため	(有) ・ 無
2		年 月		申立を行う理由と、取下げを行う単位がわかるよう記入してください。	再請求を行う場合は有に、取下げのみ行う場合は無にそれぞれ○をつけてください。
3		年 月			
4		年 月			有 ・ 無
5		年 月			有 ・ 無
6		年 月			有 ・ 無
7		年 月			有 ・ 無
8		年 月			有 ・ 無
9		年 月			有 ・ 無
10		年 月			有 ・ 無