

介護給付費過誤申立依頼書

田村市長 様

・事業所番号・事業所名
・所在地・連絡先を記

事業所番号															
事業所名														印	
所在地															
連絡先															

下記の介護給付について、過誤がありましたので過誤申立を依頼します。

年 月 日

保険者番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
072116	0000001234 田村 太郎	平成12年3月	1002	請求誤りのため
		年 月		
		年 月		

保険者番号は過誤申し立てしたい方の市町村の介護保険者番号を記載ください。
(田村市は072116です。他市町村の方の過誤はできません。介護保険者番号は被保険者証に記載してあります。)

申立事由コードは別添の一覧を参考にご記入ください。
(介護と支援で様式番号は変わるためご注意ください。)

申立事由は過誤を行う理由を記載ください。