

介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

廿 日 市 市 長

※同月過誤処理をする場合には別紙「過誤(差額調整)計画書」を添付してください。
通常過誤処理をする場合には「介護給付費過誤申立書」のみを提出してください。

事業所番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
事業所名称	○ ○ ○ デイサービスセンター
所在地	〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ 廿日市市○ ○ 町 ○ ○ 番 ○ ○ 号
連絡先	電話番号 (0829) ○ ○ - ○ ○ ○ ○

次の被保険者の介護給付費について、過誤を申し立てます。 令和○ 年 ○ 月 ○ 日

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
0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 廿日市 太郎	○ ○ 年 ○ 月	1 0 0 2	請求誤りによる実績の取り下げ(○○加算を間違っ て算定したため)
	月		
	月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

カタカナまたは漢字で
記入してください。

別紙の過誤申立事由コードにより、
該当するコードを記入してください。