

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

廿日市市長

次の介護給付について、

月審査での（ 通常 ・ 同月 ） 過誤を申し立てます。  
※いずれかを○で囲んでください

|       |   |   |   |   |   |
|-------|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 |   |   |   |   |   |
| 3     | 4 | 2 | 1 | 3 | 9 |

令和 年 月 日

|       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 担当者氏名 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 連絡先   | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 被 保 険 者 番 号<br>被 保 険 者 氏 名 | サービス提供年月 | 申立事由<br>コード |  |  |  | 申 立 事 由 |
|----------------------------|----------|-------------|--|--|--|---------|
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |
|                            | 年 月      |             |  |  |  |         |

※ 提出×切 ： 通常過誤・・・審査月の15日 、 同月過誤・・・審査月の前月末（必着）