

介護給付費過誤申立依頼書

年 月 日

御 殿 場 市 様

下記の介護給付について、過誤を申し立ていただきたく依頼します。

事業所番号									
事業所名									
所在地	〒								
連絡先	電話番号								

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
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		
	令和 年 月		

該当する給付費明細書の写しを添付してください。
 (居宅サービス介護給付費明細書、居宅介護支援介護給付費明細、施設サービス給付費明細書等)

※毎月10日までに市へ提出してください。