

早島町長 あて

事業所	事業所番号												
	事業所名												
	所在地及び連絡先	TEL ( )											
	担当者												

### 過誤申立依頼書

下記の介護給付費明細書（介護予防・日常生活支援総合事業費請求書）について、過誤を申し立てます。

フリガナ				保険者番号				3	3	4	2	3	5				
被保険者氏名				被保険者番号				0	0	0	0	0	0				
サービス提供年月		平成・令和 年 月	請求年月	平成・令和 年 月	写しの添付				1 有								
								2 無									
請求明細書 区分 (該当番号 に○)	保険 給付	10・11 訪問通所/居宅療養管理/小規模多機能型      21・24 短期入所生活介護 22・25 老健施設型短期入所療養介護      23・26 病院療養型短期入所療養介護 30・31 認知症対応型共同生活介護      32・33 特定施設入居者生活介護 34・35 認知症対応型共同生活介護（短期利用型）      40・41 サービス計画費 50 介護老人福祉施設      60 介護老人保健施設      70 介護療養型医療施設 ※11、24、25、26、31、33、35、41は介護予防															
	事業	10 総合事業訪問・通所 介護予防ケアマネジメント															
当該サービス単位数		単位															

申立区分	02 請求誤りによる実績取下げ	99 その他理由による実績取下げ
上記の具体的な理由		

- 注 1 上記太枠の中を記入してください。
- 2 同月過誤は毎月1日、通常の過誤は15日までが提出期限です。期限を過ぎた場合は翌月処理となります。
- 3 この依頼書には、介護給付費請求明細書の写しを添付してください。

確認欄	受付年月日	入力年月日	送信年月日	備考
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	