

早島町長 あて

事業所番号	
事業所名	
所在地及び連絡先	TEL
担当者名	

過 誤 申 立 依 頼 書

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

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月		様式 コード	申立 理由 コード	当該 サービス 単位数	申立理由
		年	月				
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					
0 0 0 0 0 0 0 0		令和					

- 注 1. 同月過誤は毎月1日、通常過誤は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。
2. この依頼書には、請求明細書の写しを添付してください。
3. 過誤申立と給付管理票の修正を同一審査月に行うことはできません。
4. 請求月と同月の過誤申立はできません。