

介護給付費等過誤申立書

大竹市長様

申立日		年 月 日									
申立事業所	事業所番号										
	名称										
	所在地	〒									
	連絡先	Tel () -									
	担当者										
過誤区分 (いずれかに○)		通常過誤									
		同月過誤 (月再請求)									

下記の介護給付費（介護給付費・訓練等給付費等明細書、サービス利用計画作成費請求書）について、過誤を申し立てます。

受給者証番号	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
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

※ 同月過誤の場合は、申立月（再請求月）の7日（閉庁日の場合は前閉庁日）の前閉庁日までに提出してください。

※ 期限を過ぎて提出がされた場合は、翌月に処理します。