事業所 → 保険者 → 連合会

介 護 給 付 費 過 誤 申 立 依 頼 書

| 7 | 5 | 4 | 2 |
| --- | --- | --- | --- |

0

4

保険者名 楢葉町 保険者番号

申立年月日 年 月 日

| 事業所番号 |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 |  |

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供月 | 様式番号 | 申立理由 番号 | サービスの種類 | 過誤申立の内容 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 |  |  |  |  |  |  |

※ 本帳票は各事業所が記載したものを保険者→連合会と経由します。

※ 保険者では、本帳票をもとに［過誤申立情報］を作成します。

※ 事業所名の隣に捺印をお願いします。