

事業所 → 保険者 → 連合会

介護給付費過誤申立依頼書

檜 葉 町 長 様

保険者名					
檜葉町					
保険者番号					
0	7	5	4	2	4

申立年月日 年 月 日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

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

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。