

# 介護給付費過誤申立書 (請求誤りによる実績取下げ)

## 同月過誤

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

保険者番号	3	5	2	1	3	8
保険者名	美 祢 市					

事業所番号	被保険者番号	サービス 提供年月	申立事由コード (*)	申立事由 (なるべく具体的に)
	被保険者氏名			
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

事業所→保険者

美祢市長 様

年 月 日 ☆提出期限:毎月25日(正午)

(\*) 申立事由コードは別紙コード表を参照

事業所名		代表者氏名	
所在地		担当者	
事業所番号		電話番号	

再請求年月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

※通常は提出月の翌月となります。