介護給付費過誤申立書

令和　　年　　月　　日

みなべ町長　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 所　在　地 |  |
| 連　絡　先 |  |
| 事業者名称 |  |
| 代　表　者 |  |

下記の介護給付について、過誤の申立をします。

　※該当する番号に○をしてください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １．通常過誤（毎月１０日必着） | | ２．同月過誤（毎月２５日必着） | | |
|  | | | | |
| サービス内容 |  | | | |
| サービス提供年月 | 年　　　月 | | | |
| 申立事由  ※該当する番号に○をつけ、  理由を記載してください | １．請求誤り　　２．台帳誤り　　３．その他  理由： | | | |
| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | | （過誤前）  単位数 | （再請求予定）  単位数 |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |