

介護給付費過誤申立書

すさみ町長 殿

下記の介護給付について、過誤の申請をします。

同月過誤 / 通常過誤

事業者番号									
所在地									
連絡先	電話番号								
事業所名									
代表者名									

										申立内容						
被保険者番号					被保険者氏名					申立事由※1	サービス内容		サービス提供月		申立点数/費用	
4	0	6	0	0									年	月	点/	円
4	0	6	0	0									年	月	点/	円
4	0	6	0	0									年	月	点/	円
4	0	6	0	0									年	月	点/	円
4	0	6	0	0									年	月	点/	円
4	0	6	0	0									年	月	点/	円
4	0	6	0	0									年	月	点/	円
4	0	6	0	0									年	月	点/	円
4	0	6	0	0									年	月	点/	円
4	0	6	0	0									年	月	点/	円
4	0	6	0	0									年	月	点/	円
4	0	6	0	0									年	月	点/	円

申立事由※1・・・1. 台帳誤り修正による過誤調整 2. 請求誤りによる実績取り下げ 3. その他の事由による実績取り下げ