# 介護給付費過誤申立依頼書

池田町長　安井　美裕　様

別紙、介護給付費過誤申立内訳書のとおり、国保連合会への過誤申立を依頼します。

| | | |
|---|---|---|
| 事業所番号 | | 依頼日　令和　　年　　月　　日 |
| 事業所名及び<br>住所・連絡先 | | 印 |
| 申立の内訳 | ①受給者台帳の登録誤りによるもの　　件 | |
| | ②請求実績の取り下げ等によるもの　　件 | |
| 申立合計件数 | 件 | |

添付書類

・介護給付費過誤申立内訳書

・過誤申立をする明細書の写し(訂正箇所がわかるように記入してください)

池田町記入欄

| | |
|---|---|
| 国保連合会への提出日 | 令和　　年　　月　　日 |
| | |

# 介護給付費過誤申立内訳書

| 事業所番号 | 事業所名 |
| --- | --- |
| | |

| 被保険者番号<br>被保険者氏名(カタカナ) | サービス提供年月 | 申立事由コード | 申立事由 |
| --- | --- | --- | --- |
| | 令和　　年　　月 | | |
| | 令和　　年　　月 | | |
| | 令和　　年　　月 | | |
| | 令和　　年　　月 | | |
| | 令和　　年　　月 | | |
| | 令和　　年　　月 | | |
| | 令和　　年　　月 | | |
| | 令和　　年　　月 | | |
| | 令和　　年　　月 | | |
| | 令和　　年　　月 | | |