

介護給付費、介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立依頼書

131169（豊島区）

介護給付費

介護予防・日常生活支援総合事業費

↑ 該当する方にチェックを入れ、介護保険課へ提出して下さい。
 なお両方について過誤をする場合は、それぞれ申立依頼書を作成して下さい。

事業者名	
事業者番号	
所在地	
電話番号	
担当者名	

下記の介護給付費、介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

No.	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供 年月(和暦)	様式番号	申立理由 番号	申立事由 (具体的に記載してください)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

- 注1. 様式番号・申立理由番号は、別紙「過誤申立コード表」を参照して下さい。
- 注2. 締切は毎月18日(閉庁日に当たる場合は直前の開庁日)です。翌月10日までに再請求した場合は、差額調整(同月過誤)となります。
- 注3. 提出する前に、返戻や保留になっていないか確認して下さい。
- 注4. 50件を超える過誤の場合、依頼書提出の時期を調整させていただくことがありますので、必ず事前に過誤担当者までご連絡下さい。
- 注5. Hで始まる被保険者番号の方の場合は管轄の福祉事務所にご提出ください。

受付印