事業者→保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　介護給付費過誤申立依頼書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　立　者 | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 |  |
| 所 在 地 |  |
| 連 絡 先 |  | 担当者氏名 |  |

毛呂山町長　あて

　下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 被保険者番号 | サービス提供年月 | 請求単位数 | 特定入所者介護サービス費等 | 申立事由コード | 申立理由 |
| 被保険者氏名 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　 年　 　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |