

事業者→保険者

介護給付費過誤申立依頼書

(兼 介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立依頼書)

(あて先) 松本市長

通常過誤分 (毎月18日締切)	同月過誤・再請求分 (毎月8日締切)
(どちらかに○をしてください。)	

事業者番号	
事業者名	
所在地	〒
連絡先	電話番号
担当者氏名	

下記の介護給付について、過誤申立てを依頼します。 令和 年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	国保連審査年月	サービス種類	申立事由	利用者負担額		
						変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		平成 令和 年 月	平成 令和 年 月			変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		平成 令和 年 月	平成 令和 年 月			変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		平成 令和 年 月	平成 令和 年 月			変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		平成 令和 年 月	平成 令和 年 月			変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		平成 令和 年 月	平成 令和 年 月			変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		平成 令和 年 月	平成 令和 年 月			変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		平成 令和 年 月	平成 令和 年 月			変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		平成 令和 年 月	平成 令和 年 月			変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		平成 令和 年 月	平成 令和 年 月			変更なし	増 (徴収)	減 (返金)

※お手数ですが、被保険者番号順、提供年月日順で記載をお願いします。(同一被保険者は、まとめて記載してください)

※介護給付費明細書の写しを訂正箇所がわかるようにして添付してください。