介護給付費過誤申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 浪江町長　様下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 | サービス事業所番号 |  |
| サービス事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 通常過誤　・　同月過誤 | ※過誤申立事務の担当者氏名を記入してください。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 | 被保険者番号 | サービス提供年月日 | 申立事由コード | 請　求　単　位 | 申　立　事　由 |
| 被保険者氏名 |
|  |  | 　　　　　年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  | 　　　　　年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  | 　　　　　年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  | 　　　　　年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  | 　　　　　年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  | 　　　　　年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  | 　　　　　年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  | 　　　　　年　　　月 |  |  |  |  |  |  |
|  |

※申立事由コード欄は記入しないでください。