

介護給付費過誤申立書

江 差 町 長 様

令和 年 月 日 下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業者番号									
事業者名称									
電話番号									
担当者氏名									

番号	被保険者番号										フリガナ 被保険者氏名		サービス提供年月	※申立事由コード				申立事由 (該当する事由に○をつけてください)
														様式		理由		
1	0	0	0	0	0	0	0					年	月					☐ 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) ☐ サービス実績がないため ☐ その他 (
2	0	0	0	0	0	0	0					年	月					☐ 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) ☐ サービス実績がないため ☐ その他 (
3	0	0	0	0	0	0	0					年	月					☐ 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) ☐ サービス実績がないため ☐ その他 (
4	0	0	0	0	0	0	0					年	月					☐ 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) ☐ サービス実績がないため ☐ その他 (
5	0	0	0	0	0	0	0					年	月					☐ 請求誤りのため(過少請求・過剰請求) ☐ サービス実績がないため ☐ その他 (

※申立事由コードは別紙の介護給付過誤申立事由コード一覧表を参照してください。
※提出期限については、毎月10日までに江差町役場高齢あんしん課介護保険係あてに提出してください。