

介護給付費過誤申立依頼書

令和 年 月 日

小林市長 様

事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒
連絡先	
担当者	

下記の**介護給付費**について、過誤申立てを依頼します。

(同月処理 ・ 通常処理) ※どちらかを選択してください。

	被保険者番号	被保険者氏名	状態区分 (要支援・要介護)	サービス提供 年月	サービス種目	単位数 (過誤申立前)	申立事由
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立依頼書

令和 年 月 日

小林市長 様

事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒
連絡先	
担当者	

下記の**介護予防・日常生活支援総合事業費**について、過誤申立てを依頼します。

(同月処理 ・ 通常処理) ※どちらかを選択してください。

No.	被保険者番号	被保険者氏名	状態区分 (要支援・総合事業 対象者)	サービス提供 年月	サービス種目	単位数 (過誤申立前)	申立事由
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

記入例

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立依頼書

小林市長 様

令和 年 月 日

事業所番号	
事業所名称	
所在地	
連絡先	
担当者	

※費目ごとに各様式で作成をお願いします。

- 介護給付費
- 介護予防・日常生活支援総合事業費

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤申立てを依頼します。

(同月処理 ・ 通常処理) ※どちらかを選択してください。

被保険者番号	被保険者氏名	状態区分 (要支援・総合事業対象者)	サービス提供 年月日	サービス種目	単位数 (過誤申立前)	申立事由
0000000001	小林 太郎	総合事業対象者	H29. 4	通所	1000	請求内容誤りのため
0000000002	小林 花子	要支援1	H29. 2	ケア	1000	請求内容誤りのため
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

10
桁

同月または通常を
○で囲んでください。

過誤申立前の請求単
位を記入してください。