

過誤申立書

(宛先) 津市長

| | |
|---------|--|
| 事業所番号 | |
| 事業所名称 | |
| 提供サービス名 | |
| 電話番号 | |
| 担当者名 | |

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

| 番号 | 被保険者番号 | フリガナ | サービス提供年月 | ※申立事由コード | 申立事由 |
|----|--------|--------|----------|----------|--|
| | | 被保険者氏名 | | | (該当する事由に○をつけてください) |
| 1 | | | | | 1、請求誤りのため (過少請求 ・ 過剰請求) 2、サービス実績がないため 3、その他() |
| 2 | | | | | 1、請求誤りのため (過少請求 ・ 過剰請求) 2、サービス実績がないため 3、その他() |
| 3 | | | | | 1、請求誤りのため (過少請求 ・ 過剰請求) 2、サービス実績がないため 3、その他() |
| 4 | | | | | 1、請求誤りのため (過少請求 ・ 過剰請求) 2、サービス実績がないため 3、その他() |
| 5 | | | | | 1、請求誤りのため (過少請求 ・ 過剰請求) 2、サービス実績がないため 3、その他() |
| 6 | | | | | 1、請求誤りのため (過少請求 ・ 過剰請求) 2、サービス実績がないため 3、その他() |
| 7 | | | | | 1、請求誤りのため (過少請求 ・ 過剰請求) 2、サービス実績がないため 3、その他() |
| 8 | | | | | 1、請求誤りのため (過少請求 ・ 過剰請求) 2、サービス実績がないため 3、その他() |
| 9 | | | | | 1、請求誤りのため (過少請求 ・ 過剰請求) 2、サービス実績がないため 3、その他() |
| 10 | | | | | 1、請求誤りのため (過少請求 ・ 過剰請求) 2、サービス実績がないため 3、その他() |

- ※ 申立事由コードについては、別紙「過誤申立事由コード」を参照してください。
- ※ 通常過誤依頼については、毎月15日までに、介護保険課に提出してください。
- ※ 同月過誤依頼については、事前に介護保険課に相談してください。