

介護給付費過誤申立依頼書

会津若松市長

記入例

事業所番号	0 7 7 0 1 2 3 4 5 6
事業所名称	居宅介護支援事業所わかまつ
所在地	会津若松市東栄町4-36
電話番号	0242-391111
担当者氏名	若松 太郎

下記の介護給付について（通常・同月）過誤申立を依頼します。 年 月 日

※同月過誤については事前にご相談ください。

No.	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	申立事由コード	申立事由
1	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	会津 八重	平成31年 3月		※申立事由を具体的に記載してください。
2			年 月		コード一覧表を参考に ご記入ください。
3			年 月		
4			年 月		
5			年 月		
6			年 月		
7			年 月		
8			年 月		
9			年 月		
10			年 月		

※今回過誤取り下げをする介護給付明細書を添付してください