

サービス事業所等 → 保険者

記 載 例

介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

滝 川 市 長 様

申 立 者	事業者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	事業所名	訪問介護事業所〇〇〇〇									
	所在地	滝川市大町1丁目2番15号									
	連絡先	△△△△-△△-△△△△									

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

申立日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

NO	被保険者番号	サービス提供 年 月	申立事由・単位数
	被保険者氏名		
1	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 滝 川 太 郎	〇〇年〇〇月	〇〇加算の算定誤りによる過誤申立 誤)15,000単位 正)14,500単位
2		サービスを提供した年月	
3			・誤った請求の内容や、誤った部分の名称など ・過誤取り下げをするサービスの総単位数(一部だけ取り下げはできません)
4			
5			
6			
7			
8			