

過 誤 申 立 書

保険者番号 084426

保険者名 美 浦 村 宛て

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
FAX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。

申立年月日 年 月 日

番号	被保険者番号	フリガナ	サービス提供月	申立事由コード	申 立 事 由
		被保険者氏名			
1			年 月分		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
2			年 月分		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
3			年 月分		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
4			年 月分		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
5			年 月分		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
6			年 月分		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
7			年 月分		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
8			年 月分		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
9			年 月分		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ
10			年 月分		<input type="checkbox"/> 請求の誤りによる取下げ <input type="checkbox"/> 都、県の指導検査のため <input type="checkbox"/> 適正化による実績の取下げ

※ 記載順①被保険者番号 ②サービス提供年月(古いものから)
一人の被保険者ごとに取下げを行う提供月を連続して記入してください。

保険者連絡先 電話番号 029-885-0340 内線:113
担当者名 福祉介護課介護保険係