

事業所→保険者

介護給付費過誤依頼書

(同月過誤・通常過誤)

大洲市長 殿

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒 -
連絡先	TEL
担当者名	

下記の介護給付について、過誤申立を依頼申し上げます。

令和 年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		

※同月過誤の締め切りは月末、通常過誤の締め切りは15日です。
 ※返戻となったもの・審査中のものは、過誤依頼書の提出をしないでください。
 ※過誤により、被保険者が受領済みの高額介護サービス費等の返金が生じる場合があります。
 その場合は、精算手続きにあたりご協力くださいますようお願いいたします。

提出先 大洲市役所高齢福祉課 介護保険管理係
 TEL 0893-24-1714
 FAX 0893-24-0961