

# 記載例

事業者 → 保険者

成田市長

## 介護給付費過誤申立依頼書

令和●年●月●日

(一般)・同月)

このことについて、次のとおり過誤の申立てを依頼します。

事業所番号	●●●●●●●●●●●●●●●●
事業所名称	成田市役所デイサービスセンター
所在地	〒 286 - 8585 成田市花崎町760
連絡先 担当者	成田
電話番号	0476-20-1545

No	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード		申立事由等
				様式番号	申立理由番号	
1	●●●●●●●●●●●●●●	成田 太郎	令和2年1月	1	0 0 2	請求誤りによる実績取り下げ。●●加算の算定に誤りがあったため。
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			
			年 月			

- ※ 被保険者番号順—サービス提供年月順で記載してください。
- ※ 様式番号及び理由番号の内容は裏面に記載してあります。