

事業者 → 保険者

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立依頼書

令和 年 月 日

成 田 市 長

(一 般 ・ 同 月)

事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒 -
連絡先 担当者	
電話番号	

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。

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	
			年 月	⋮	⋮	
			年 月	⋮	⋮	
			年 月	⋮	⋮	
			年 月	⋮	⋮	
			年 月	⋮	⋮	
			年 月	⋮	⋮	
			年 月	⋮	⋮	
			年 月	⋮	⋮	
			年 月	⋮	⋮	
			年 月	⋮	⋮	
			年 月	⋮	⋮	
			年 月	⋮	⋮	
			年 月	⋮	⋮	

○申立事由コード欄の様式番号は、総合事業(サービス)が10、総合事業(ケアマネジメント費)が20とします。

○下2桁は02(請求誤りによる実績取り下げ)、99(その他の事由による実績の取り下げ)から記入してください。