

過誤申立書(介護保険法)

大島町長あて

申立年月日 令和 年 月 日

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。

番号	被保険者番号										フリガナ	サービス提供年月	申立事由コード		申立事由 (該当する事由に○をつけてください)	再請求 ある場合○を 記入
											被保険者氏名		様式	申立理由		
1												令和 年 月				
2												令和 年 月				
3												令和 年 月				
4												令和 年 月				
5												令和 年 月				
6												令和 年 月				
7												令和 年 月				
8												令和 年 月				
9												令和 年 月				
10												令和 年 月				

※ FAXでの受付はいたしません。
※ 返戻・保留になっていないことを確認して、ご提出ください。