

### 介護給付費過誤申立依頼書（通常・同月）

（あて先）三股町長

下記の介護給付について、過誤申立を依頼します。

令和      年      月      日

事業所番号							
事業所名	印						
所在地	〒      -      -						
連絡先	-      -					担当者	

No.	被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	審査月	サービスの 種類	明細書 様式番号	取下げる請求 明細書の合計 単位数	再請求予定 単位数※2	増減 単位数	具体的な申立事由※3
1	0 0 0 0	年 月	年 月		様式第				
2	0 0 0 0	年 月	年 月		様式第				
3	0 0 0 0	年 月	年 月		様式第				
4	0 0 0 0	年 月	年 月		様式第				
5	0 0 0 0	年 月	年 月		様式第				
6	0 0 0 0	年 月	年 月		様式第				
7	0 0 0 0	年 月	年 月		様式第				
8	0 0 0 0	年 月	年 月		様式第				
合 計									

- ※1 支給決定前の請求（審査中のもの）は取下げられません。直接、国保連へ返戻の依頼をしてください。
- ※2 再請求予定がない場合は「-」と記入してください。
- ※3 申立をする理由や内容について、詳しく記入してください。
- ※4 本依頼書を提出する際は、国保連の請求等をよく確認したうえで、介護保険担当課へ提出してください。
- ※5 過誤申立の内容によっては、別に書類を添付してもらう場合があります。