年　　　　　月　　　　　日

####  **介護給付費過誤申立書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話 |  |
| 請求事務担当者 |  |

富津市長　　様

下記のとおり過誤を申し立てます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（具体的に記入をお願いします。） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

○国保連合会の審査を終えて、給付決定しているものであるか、今一度ご確認ください。

○毎月15日までに申立書の提出をお願いします。