介護給付費過誤申立書 （同月過誤）

　　　年　　　月　　　日

（宛先）　佐　倉　市　長

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業所名

電話番号／担当者

サービス種類

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | サービス提供年月 | 当時の介護度 | 申立事由 | 再請求の有無 | 再請求  予定年月 |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  | 有 ・ 無 | 年 　月 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  | 有 ・ 無 | 年 　月 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  | 有 ・ 無 | 年 　月 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  | 有 ・ 無 | 年 　月 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  | 有 ・ 無 | 年 　月 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  | 有 ・ 無 | 年 　月 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  | 有 ・ 無 | 年 　月 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  | 有 ・ 無 | 年 　月 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  | 有 ・ 無 | 年 　月 |
|  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　　月 |  |  | 有 ・ 無 | 年 　月 |
|  | | | | | | | | | |