事業所(施設) → 福山市

介護給付費 過誤申立書

年　　月　　日

福 山 市 長　 様

介護保険 事業所番号	
事業所(施設) の名称	
所 在 地	
連 絡 先	電話番号 (　　)　　－
	担当者名

次の被保険者の保険給付について，過誤がありましたので申し立てます。

No.	被保険者番号 被保険者名前	サービス提供年月	申立事由コード	申 立 事 由
1		年　　月分		(誤)　　単位　　(正)　　単位
2		年　　月分		(誤)　　単位　　(正)　　単位
3		年　　月分		(誤)　　単位　　(正)　　単位
4		年　　月分		(誤)　　単位　　(正)　　単位
5		年　　月分		(誤)　　単位　　(正)　　単位

【注意】　１ この申立書は，事業所(施設)ごとに記入してください。

	枚中		枚目

２ 申立事由コード欄に記入する4桁のコード番号は，別紙「過誤申立事由コード番号表」に基づき記入してください。

2011-介護-323 A4 再生55 2012.3 500