

介護給付費 過誤申立書

福山市長 様

☐ 通常過誤

☐ 同月過誤

☐ 介護給付費適正化等による過誤

年 月 日

事業所番号 : _____
 事業所・施設名 : _____
 所在地 : _____
 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.	被保険者氏名	被保険者番号	サービス 提供年月	申立事由 コード	(誤) 請求単位	(正) 請求単位	申立事由	サービス種別
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								