

過誤申立依頼書(総合事業)

1. 同月過誤(毎月10日必着)

2. 通常過誤(毎月20日必着)

※該当する番号に○をして下さい

保険者番号	2	9	4	2	6	4						
被保険者番号	0	0	0	0								
被保険者氏名												
サービス提供年月日	平成				年				月		分	
	令和											

事業所番号	2	9										
事業所名												印
電話番号	()									-
FAX番号	()									-
担当者名												

※該当する様式番号と申立理由番号を○で囲んで下さい。

・様式

区分	様式	サービス種類	明細書様式
総合事業	10	訪問型サービス 通所型サービス 生活支援サービス	様式第2-3
	20	介護予防ケアマネジメント費	様式第7-3

・申立理由

申立理由番号	申立理由
02	請求誤りによる実績取り下げ

受付印

・備考

申立理由等
