

【記入例】

通常過誤か同月過誤か選
 択する → 通常・同月

介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

長岡市様

保険者番号 152025

保険者名 長岡市

TEL 0258-39-2245

過誤が発生した事業所名
 を記入する

事業所番号 1570000000

事業所名 ○○○○○事業所

TEL 0000-00-0000

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

令和 ○ 年 × 月 △ 日

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	申立理由 コード	識別番号	申立事由	保険請求 決定済額
157000000000	00000000001 ナガオカ タロウ	平成 28年 3月分	1002	7131	送迎加算もれ	14,400円
		平成 28年 4月分	1002	7131	栄養マネジメント加算もれ	5,400円
		平成 28年 5月分	1002	7131	〃	5,400円
	00000000002 カイゴ ハナコ	平成 28年 4月分	2102	7143	定員超過 減算もれ	28,755円
		平成 28年 5月分	2102	7143	〃	28,755円
	00000000003 ホケン イチロウ	平成 28年 4月分	1102	7132	運動器機能向上加算もれ	34,000円
		年 月分				
		年 月分				
		年 月分				
		年 月分				