

倉敷市長 へ

事業所	事業所番号	
	事業所名	
	所在地及び連絡先	TEL ()
	担当者	

過誤申立依頼書

下記の介護給付費明細書（介護予防・日常生活支援総合事業費請求書）について、過誤を申し立てます。

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号						
			被保険者番号						
サービス提供年月	平・令 年 月	請求年月	平・令 年 月	写の添付	1 有	2 無			
請求明細書 区分 (該当番号に○)	保険 給付	10・11 訪問通所／居宅療養管理／小規模多機能型 21・24 短期入所生活介護 22・25 老健施設型短期入所療養介護 23・26 病院療養型短期入所療養介護 30・31 認知症対応型共同生活介護 32・33 特定施設入居者生活介護 34・35 認知症対応型共同生活介護（短期利用型） 40・41 サービス計画費 50 介護老人福祉施設 60 介護老人保健施設 70 介護療養型医療施設 ※11、24、25、26、31、33、35、41 は介護予防							
	事業	10 総合事業訪問・通所 20 介護予防ケアマネジメント費							
当該サービス単位数	単 位								

申立区分	02 請求誤りによる実績取下げ 99 その他理由による実績取下げ
上記の具体的な理由	

注1 上記太枠の中を記入してください。

2 提出期限は毎月15日までです。期限を過ぎた場合は翌月処理となります。

3 この依頼書には、介護給付費請求明細書の写しを添付してください。

倉敷市 確認欄	受付窓口	受付年月日 年 月 日	入 力	備 考
	<input type="checkbox"/> 倉敷 <input type="checkbox"/> 児島 <input type="checkbox"/> 玉島 <input type="checkbox"/> 水島			
	<input type="checkbox"/> 真備			