

介護給付費過誤申立依頼書

三戸町長 殿

下記の介護給付費について、過誤の申立を依頼します。

サービス区分（該当する方にチェック） 介護（予防）給付 総合事業

※両方のサービスに該当する場合は、それぞれ申立依頼書を作成してください。

事業者番号	
事業者名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
担当者氏名	

令和 年 月 日

番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類	審査年月	様式番号	申立事由番号	当初請求単位	再請求単位	申立事由
1			20 年 月		年 月					
2			20 年 月		年 月					
3			20 年 月		年 月					
4			20 年 月		年 月					
5			20 年 月		年 月					
6			20 年 月		年 月					
7			20 年 月		年 月					
8			20 年 月		年 月					
9			20 年 月		年 月					
10			20 年 月		年 月					

- ※ 様式番号及び申立事由番号は別紙を参照してください。
- ※ 再請求を行う前月末までに提出してください。
- ※ 被保険者番号順（被保険者ごと）で、続いてサービス提供年月順で記載してください。
- ※ 被保険者番号がHから始まる番号は介護保険の対象外となりますので、ご注意ください。