

(事業所 → 門川町)

令和 年 月 日

介護給付費過誤申立書

門川町長 様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和 年 月 (通常過誤 ・ 同月過誤)

事業所番号									
事業所名称									
事業所所在地									
電話番号									
FAX番号									
担当者									

	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由 コード	申立事由	既請求額	再請求額
1			令和 年 月				
2			令和 年 月				
3			令和 年 月				
4			令和 年 月				
5			令和 年 月				
6			令和 年 月				
7			令和 年 月				
8			令和 年 月				
9			令和 年 月				
10			令和 年 月				

(枚中 枚目)

※過誤調整が多額又は件数が多くなる場合は、事前に担当部署にご相談ください【担当部署:門川町役場 健康長寿課 介護保険係 TEL:0982-63-1140】