

介護給付費過誤申立依頼書

(宛先) 柳 井 市 長

(FAX 0820-23-7566 高齢者支援課)

下記の介護給付について、国保連合会への
過誤申立を依頼します。

令和 年 月 日

事業所番号	
事業所名及び 担当者氏名	(担当:)
所在地	〒
連絡先	() -

被 保 険 者 番 号	被 保 険 者 氏 名	サービス提供年月	申 立 事 由
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	

※通常過誤は15日、同月過誤については25日とします。なお、同月過誤は事前に必ず高齢者支援課に協議してください。(事前協議のない場合は、通常過誤となります。)