

事業者→飯田市

令和 年 月 日

介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立依頼書

飯田市長あて

<input type="checkbox"/>	同月過誤
<input type="checkbox"/>	通常過誤

※どちらかに○をしてください。

事業者番号	
事業者名	
担当者名 電話番号	

下記の介護給付について、過誤申立を依頼します。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービスの種類	申立事由	再請求の予定等	備考
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	

※ 記入に当たっては、被保険者番号順、サービス提供月順で記入して下さい。

※ 同月過誤は毎月5日、通常過誤は毎月15日までに提出してください。(土・日・祝日の場合は、休日の前日までに提出して下さい。)

担当: 飯田市長寿支援課介護保険係
TEL 0265-22-4511内線5763

介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立依頼書

記入例

飯田市長あて

<input checked="" type="radio"/>	同月過誤
<input type="radio"/>	通常過誤

※どちらかに○をしてください。

FAXで送信する場合は、被保険者名は、記載しないでください。

事業者番号	2 0 1 1 1 1 1 1 1 1
事業者名	りんごヘルパーステーション
担当者名 電話番号	りんご 花子 0265-22-4511

下記の介護給付について、過誤申立を依頼します。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービスの種類	申立事由	再請求の予定等	備考
0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	飯田 太郎	令和 元年 12月	訪問介護	請求内容誤り	(有)・無 令和2年4月	
0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	飯田 太郎	令和 2年 1月	訪問介護	請求内容誤り	(有)・無 令和2年4月	
0 0 0 0 6 5 4 3 2 1	介護 次郎	令和 元年 12月	訪問介護	請求内容誤り	(有)・無 令和2年4月	
0 0 0 0 6 5 4 3 2 1	介護 次郎	令和 2年 1月	訪問介護	請求内容誤り	(有)・無 令和2年4月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	
		令和 年 月			有・無 令和 年 月	

※ 記入に当たっては、被保険者名五十音順、サービス提供月順で記入して下さい。

※ 同月過誤は毎月5日、通常過誤は毎月15日までに提出してください。(土・日・祝日の場合は、休日の前日までに提出して下さい。)