

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

☐	同 月 過 誤
☐	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。)