

## 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

八戸市介護保険課 行

下記の介護給付費(事業費)について、過誤を申し立てます。

※様式番号、申立理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。

※複数月ある場合は、利用者ごとに並べてください。

※被保険者番号がHから始まる場合には介護保険の対象ではありません。

八戸市生活福祉課にお問い合わせください。

※記入例を参考にし、作成してください。

事業者番号									
事業者名									
サービス種類									
所在地									
電話番号									
担当者氏名									

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	審査月	様式番号	申立理由番号	当初請求単位	再請求単位	過誤申立の理由
		年 月	年 月					
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	審査月	様式番号	申立理由番号	当初請求単位	再請求単位	過誤申立の理由
		年 月	年 月					
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	審査月	様式番号	申立理由番号	当初請求単位	再請求単位	過誤申立の理由
		年 月	年 月					
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	審査月	様式番号	申立理由番号	当初請求単位	再請求単位	過誤申立の理由
		年 月	年 月					
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	審査月	様式番号	申立理由番号	当初請求単位	再請求単位	過誤申立の理由
		年 月	年 月					
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	審査月	様式番号	申立理由番号	当初請求単位	再請求単位	過誤申立の理由
		年 月	年 月					
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	審査月	様式番号	申立理由番号	当初請求単位	再請求単位	過誤申立の理由
		年 月	年 月					