

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

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	0	2	0	0	0	0	0	1	2	3
事業者名	〇〇居宅介護支援事業所									
サービス種類	居宅介護支援									
所在地	八戸市内丸1-1-1									
電話番号	0178-43-1234									
担当者氏名	支援 良子									

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
0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	八戸 太郎	26 年 7 月	26 年 8 月	4 0	0 2	1600	1300	算定誤り
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
0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	八戸 太郎	26 年 8 月	26 年 9 月	4 0	0 2	1300	1000	算定誤り
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
0 0 0 0 0 2 3 4 5 6	中核 市子	26 年 8 月	26 年 9 月	4 0	0 2	1300	1000	算定誤り
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					