事業所　→　保険者

介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書

記入例

同月過誤　令和６年９月実施　※

※同月過誤の場合は
「同月過誤　令和〇年〇月実施」
と記載してください。

保険者番号　１５３８５８
保険者名　阿賀町
TEL　0254-92-5763

事業所番号　１５０５４００００００
事業所名　〇〇〇事業所
TEL　0254-92-5763

阿賀町長　様

下記の介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。
令和 6 年 8 月 10 日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立理由コード	識別番号	申立理由
１５０５４００００００	０００５０１３５７９ 阿賀　太郎	令和 6 年 5 月	１００２	７１３１	保険請求額 100,000 円　請求誤りによる実績の取り下げ
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			