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

阿 賀 町 長　　様

事業所番号　１５０５４００００００
事 業 所 名　〇〇〇事業所
TEL　0254-92-5763

下記の介護給付費について、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
		令和　年　月			
		令和　年　月			
		令和　年　月			
		令和　年　月			
		令和　年　月			
		令和　年　月			
		令和　年　月			
		令和　年　月			
		令和　年　月			