

# 【総合事業】 過誤申立書

(請求誤りによる実績取下げ)

同月過誤

保険者番号	2	8	2	0	3	8
保険者名	明石市					

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	被保険者番号は前0を入れて10桁でご記入ください。	サービス提供 年月	申立事由コード		申立事由 (なるべく具体的に)
				(※)		
			平成 令和 年 月		1 2	
			平成 令和 年 月		1 2	
			平成 令和 年 月		1 2	
			平成 令和 年 月		1 2	
			平成 令和 年 月		1 2	
			平成 令和 年 月		1 2	
			平成 令和 年 月		1 2	

事業者→保険者

明石市高齢者総合支援室課長 様

年 月 日 ☆提出期限:毎月末日(正午)

事業所名		代表者氏名	印
所在地		担当者	
事業所番号		電話番号	

(*) 申立事由コード上2桁の凡例
介護予防・日常生活支援総合事業費明細書の
様式第二の三→「10」 訪問型サービス費・通所型サービス費
様式第七の三→「20」 介護予防ケアマネジメント費

※複数人、複数月にわたる過誤申立の際には、サービス提供年月ごとではなく被保険者ごとにまとめて記入してください。