

介護給付費過誤申立書 (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					

下記の介護給付費について、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	

(*) 申立事由コード上2桁の凡例	
介護給付費明細書の	
様式第二→「10」	様式第六の二→「31」
様式第二の二→「11」	様式第六の三→「32」
様式第三→「21」	様式第六の四→「33」
様式第三の二→「24」	様式第六の五→「34」
様式第四→「22」	様式第六の六→「35」
様式第五→「23」	様式第七→「40」
様式第五の二→「26」	様式第八→「50」
様式第六→「30」	様式第九→「60」
	様式第十→「70」

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	

※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。