

# 【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

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。

※ 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被保険者番号順に記入してください。

|       |     |   |   |   |   |   |
|-------|-----|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 2   | 8 | 2 | 0 | 3 | 8 |
| 保険者名  | 明石市 |   |   |   |   |   |

| 事業所番号 | 被保険者番号 ※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<br>(※) |     | 申立事由<br>(なるべく具体的に) |
|-------|----------------------|--|--------------|----------------|-----|--------------------|
|       | 被保険者氏名 ※カタカナでご記入ください |  |              |                |     |                    |
|       |                      |  | 平成<br>令和 年 月 |                | 1 2 |                    |
|       |                      |  | 平成<br>令和 年 月 |                | 1 2 |                    |
|       |                      |  | 平成<br>令和 年 月 |                | 1 2 |                    |
|       |                      |  | 平成<br>令和 年 月 |                | 1 2 |                    |
|       |                      |  | 平成<br>令和 年 月 |                | 1 2 |                    |
|       |                      |  | 平成<br>令和 年 月 |                | 1 2 |                    |
|       |                      |  | 平成<br>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 |  |
| 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」<br>訪問型サービス費・通所型サービス費 |
| 様式第七の三→「20」<br>介護予防ケアマネジメント費     |