

# 【総合事業】 過誤申立書

(請求誤りによる実績取下げ)

通常過誤

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 (※)		申立事由 (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 令和 年 月		0 2	
			平成 令和 年 月		0 2	
			平成 令和 年 月		0 2	
			平成 令和 年 月		0 2	
			平成 令和 年 月		0 2	
			平成 令和 年 月		0 2	
			平成 令和 年 月		0 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15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」 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