**介護給付費過誤申立書**

事業所　→　保険者

保　険　者　牛久市

保険者番号　０８２１９８

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 連　絡　先 |  |
| 担　当　者 |  |

　　　　年　　月　　日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 | フリガナ | サービス提供年月 | 申立事由コード | 申立事由 |
| 被保険者氏名 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |

* この申立書のほかに、給付費請求書の写し（正誤がわかるもの）を添付してください。