

事業者 → 保険者

介護給付費過誤申立依頼書

(宛先) 安曇野市長

<input type="checkbox"/>	同月過誤・再請求分 (毎月8日締切)
<input type="checkbox"/>	通常過誤申請 (毎月18日締切)

※ 該当する方に○を付けてください。

※ 過誤により給付金額の変更をするものは、同月過誤での実施をお願いします。

事業所番号	
事業者名	
所在地	〒 ー
連絡先	Tel
担当者氏名	

下記の介護給付について、長野県国保連合会に過誤の申し立てを依頼します。

令和 年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	国保連審査年月	申立事由コード	サービスの種類	申立事由	利用者負担額		
		年 月	年 月				変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		年 月	年 月				変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		年 月	年 月				変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		年 月	年 月				変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		年 月	年 月				変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		年 月	年 月				変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		年 月	年 月				変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		年 月	年 月				変更なし	増 (徴収)	減 (返金)
		年 月	年 月				変更なし	増 (徴収)	減 (返金)

※ 介護給付費明細書の写しを訂正箇所がわかるようにして添付してください。