介護給付費　過誤申立依頼書

相模原市長　あて

令和　　年　　月　　日

下記の介護給付について、過誤申立を依頼します。なお、当該事業所の請求誤り等で当月支払額が過誤調整額を下回った場合においては、各都道府県国民健康保険団体連合会が発行する納入通知書により、差額調整を行うことに同意します。

事業者名		事業者番号	
住所		担当	
電話番号	― ―	件数	

被保険者番号 氏名	過誤申立対象年月（サービス提供年月）	提供サービス名 様式番号	申立事由 申立事由番号	理由・経緯等
	令和　年　1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 月			
	令和　年　1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 月			
	令和　年　1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 月			
	令和　年　1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 月			
	令和　年　1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 月			
	令和　年　1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 月			