事業所 ⇒ 保険者

介護給付費 過誤申立書

（ 通常 ・ 同月 ）

令和　　年　　月　　日

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
ＦＡＸ番号	

保険者番号 １２３２２４

保険者名　酒々井町　　御中

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　**【再請求 ： 有 ・ 無 】**

番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	申立事由コード 様式番号	申立事由コード 申立理由番号	申立事由
1	0000		令和　年　月			
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
6						
7						
8						
9						
10						

※介護給付に係る過誤申立書です。
・障害福祉サービスの過誤はできません。
・生活保護単独被保険者（被保険者番号がHから始まる利用者）の過誤はできません。
※総合事業の請求に係る過誤申立については、様式が異なりますのでご注意ください。

【問い合わせ先】
酒々井町　福祉課　介護保険班
〒285-8510　千葉県印旛郡酒々井町中央台4-11
電話：043-496-1168