事業所 ⇒ 保険者

総合事業用

介護予防･日常生活支援総合事業費 過誤申立書

令和　　年　　月　　日

保険者番号 1 2 3 2 2 4

（ 通常 ・ 同月 ）

保険者名 酒々井町 御中

下記の総合事業について、過誤を申し立てます。 【再請求 ： 有 ・ 無 】

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
ＦＡＸ番号	

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				申立事由
				様式番号		申立理由番号		
1	0 0 0 0		令和　年　月					
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
6								
7								
8								
9								
10								

※介護予防･日常生活支援総合事業費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。
※介護給付費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