

過誤申立依頼書(総合事業)

保険者名 (市町村)	2	9							
被保険者番号									
被保険者氏名									
サービス提供年月	平成	年	月	分					

事業所番号	2	9							
事業所名									
電話番号	()	-						
FAX番号	()	-						
担当者名									

※該当する様式番号と申立理由番号を○で囲んで下さい。

・様式

区分	様式	サービス種類	明細書様式
総合事業	10	訪問型サービス 通所型サービス 生活支援サービス	様式第2-3
	20	介護予防ケアマネジメント費	様式第7-3

・申立理由

申立理由番号	申立理由
02	請求誤りによる実績取り下げ
99	その他事由による実績の取り下げ()

・備考