

過誤申立依頼書(総合事業)

記載例

保険者名 (市町村)	2	9	*	*	*	*				
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
被保険者氏名	介護 次郎									
サービス提供年月	平成 令和	1	年	5	月分					

事業所番号	2	9	*	*	*	*	*	*	*	*
事業所名	〇〇事業所									
電話番号	(0744)	29	-	8319				
FAX番号	(0744)	29	-	8319				
担当者名	国保 太郎									

過誤を行なう受給者の情報等を記入してください。

※該当する様式番号と申立理由番号を記入してください。

・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

A1～AEのサービスを過誤する場合は「10」、AFを過誤する場合は「20」を選択してください。

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