

北見市 様

年 月 日

(法人名)

印

### 介護給付費過誤申立依頼書

事業所番号																				
事業所名															担当者名					
住所															電話番号					

1	被保険者番号										フリガナ氏名				生年月日	
															. .	
	サービス種類								提供月	年 月		審査月	年 月			
	請求取下げ額 (介護報酬)						再請求額						相殺額			
	居宅支援事業所 理由															

\* 添付資料 誤請求明細書・正請求明細書

2	被保険者番号										フリガナ氏名				生年月日	
															. .	
	サービス種類								提供月	年 月		審査月	年 月			
	請求取下げ額 (介護報酬)						再請求額						相殺額			
	居宅支援事業所 理由															

\* 添付資料 誤請求明細書・正請求明細書

3	被保険者番号										フリガナ氏名				生年月日	
															. .	
	サービス種類								提供月	年 月		審査月	年 月			
	請求取下げ額 (介護報酬)						再請求額						相殺額			
	居宅支援事業所 理由															

\* 添付資料 誤請求明細書・正請求明細書