

過誤申立依頼内訳表 (別紙)

事業所番号

| 被保険者番号 | 名前 | サービス提供月 | サービス審査月 | 請求取下げ額 (介護報酬) | 請求取下げ額 (食事) | 再請求額 (介護報酬) | 再請求額(食事) | 相殺額 (介護報酬) | 相殺額(食事) | 相殺合計額 |
|--------|----|---------|---------|------------------|----------------|----------------|----------|---------------|---------|-------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 総 | 計 | | 件 | | | | | | | |