

【記入例】

介護給付費過誤申立書

阿賀町長 殿

保険者番号 153858

保険者名 阿賀町
TEL 0254-92-5763

過誤申立を行う事業所は事業所番号及び事業所名等を記入してください。

事業所番号 1570000000

事業所名 ○ ○ 事業所
TEL 000-000-0000

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

平成 ○ 年 × 月 △ 日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立理由 コード	識別番号	申立理由	
1 5 7 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 カイゴ タロウ	平成 19 年 3 月分	1 0 0 2	7 1 3 1	14,400円	送迎加算もれ
		平成 19 年 4 月分	1 0 0 2	7 1 3 1	5,400円	栄養マネジメント加算もれ
		平成 19 年 5 月分	1 0 0 2	7 1 3 1	5,400円	栄養マネジメント加算もれ
	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 コクホ ハナコ	平成 19 年 4 月分	2 1 0 2	7 1 4 3	28,755円	定員超過 減算もれ
		平成 19 年 5 月分	2 1 0 2	7 1 4 3	29,900円	//
	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 3 ホケン マリコ	平成 19 年 4 月分	1 1 0 2	7 1 3 2	1,000円	運動器機能向上加算もれ
		平成 年 月分				
	給付実績で	平成 年 月分				
	事業所番号と識別番号・申立事由コード	月分				
	の確認をする。					
		平成 年 月分				