

事業者→田辺市

同 月 過 誤 分

介護給付費過誤申立書

(あて先) 田辺市長

申立日			
	年	月	日

事業者番号									
事業者名									
所在地	〒					-			
連絡先	電話番号								

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月日	申立事由コード	申立事由	サービス内容
1		年 月		請求誤りによる実績取り下げ	
2		年 月			
3		年 月			
4		年 月			
5		年 月			
6		年 月			
7		年 月			
8		年 月			
9		年 月			
10		年 月			

*過誤申請は、毎月25日までに田辺市やすらぎ対策課介護保険係までご提出下さい。