|  |
| --- |
| 介護給付費過誤申し立て依頼書　次のとおり過誤申し立てを依頼します。 |
|  | 届出年月日 | 年　　　　月　　　　日 |  |
|  |
|  | 事業所番号 | 事業所名 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供年月 | サービス種類名 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  | 過誤申立情報区分 |  |
|  | どちらかに○をしてください。 | 同月過誤取下げ再請求　　・　　通常分過誤　　（毎月７日まで）　　　　　　　（毎月17日まで） |  |
|  |  |  |  |
|  | 過誤申し立てする様式（請求書、明細書等） | 様式第 |  |
|  | 過誤申し立て事由（できるだけ具体的に記述してください。） |  |
|  |
|  |
|  【飯山市記入欄】 |
|  | 備　　　考 | 受付 | 審査 | 入力 | 係長 | 課長 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　・　・ | 　・　・ | 　・　・ |
|  |