介護給付費同月過誤申立書

　　　　　年　　　月　　　日

保険者名　　　守谷市　　御中

保険者番号　（　０８２２４８　）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所等所在地  及び名称 | 印 |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供年月 | 請求明細書様式番号 | 被保険者番号 | フリガナ  被保険者氏名 | 請求単位数 | 緊急時施設療養費又は特定診療費 | 特定入所者介護サービス費 | 過誤（請求取下）理由 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

下記の介護給付について，過誤を申し立てます。