

## 介護給付費過誤申立書(総合事業)

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

|       |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|----|--|--|
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 事業所名称 |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 所在地   |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
| 連絡先   |  |  |  |  |  |  | 担当 |  |  |

下記の介護予防・生活支援サービス事業費について、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 | サービス種類名 | 申立事由コード* | 申立事由 |
|----|--------|--------|----------|---------|----------|------|
| 1  |        |        | 年 月      |         |          |      |
| 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      |         |          |      |