サービス事業所→保険者

介護給付費過誤申立依頼書

事業所番号	
事業所名	
所在地	
連絡先	
担当者氏名	

塩尻市長　様

通常過誤	同月過誤・再請求	（どちらかに〇をしてください）

次の介護給付について、過誤の申立てを依頼します　　令和　　年　　月　　日

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	申立事由	誤 算定単位	正 算定単位	調整単位	誤 利用者負担額	正 利用者負担額	負担額差額

※介護給付費明細書の写しを添付してください。