介護給付費過誤申立書

宛先　　厚木市長

年　月　日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。
なお、当該事業所の請求誤り等で当月支払額が過誤調整額を下回った場合においては、当該事業所の所在する国民健康保険団体連合会が発行する納入通知書により、差額調整を行うこと承知しています。

事業所番号	9999999999		
事業所名	○○サービス事業所		
所　在　地	厚木市中町3－17－17		
連　絡　先	046－225－2240	担当者	介護　太郎

被保険者番号	利用者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
1234567890	厚木　太郎	令和4年4月	1002	請求誤り

サービス提供年月の入力は
半角英数で、令和4年4月は、
「　2022／4　」
と入力してください。

「申立事由コード」は、別添のコード一覧表を参考にしてください。

なお、利用者が「要支援」か「要介護」の認定によって、左2ケタが変わります

「申立事由」は、概要を記載してください。

過誤申立の対象者が多い場合は、
①「行」全体をコピーする。
②コピーしたセルの挿入
の操作により枠を増やしてください。