介護給付費過誤申立依頼書

玉村町長　様

事業所番号	
事業所名	
電話番号	
担当者名	

下記の介護給付費について、過誤申し立てを依頼いたします。

年　　月　　日

☐ 通常過誤
☐ 同月過誤　　☐ 国保連合会の了承（同月過誤の場合）

被保険者番号	被保険者カナ氏名	サービス提供年月	請求	再請求	差引	申立事由			備考
			単位数	単位数	単位数	様式番号	申立事由番号	理由	

※過誤申立依頼は国保連合会で審査決定した介護給付費等について誤りがあった場合に行うものです。過誤申立依頼を行えるのはサービス提供月の翌々月以降です。
※玉村町が保険者の利用者のみ受付できます。玉村町以外が保険者の利用者は、それぞれの市区町村へ依頼してください。
　なお、Ｈから始まる番号は各利用者を担当する保健福祉事務所へ依頼してください。
※通常過誤は毎月１５日までに、同月過誤は毎月月末までに必着願います（郵送・窓口）。
※「介護給付費・介護予防」と「総合事業」は別々に申請してください。
※「通常過誤」と「同月過誤」は別々に申請してください。