

介護保険給付費過誤申立依頼書

保険者番号									
保険者名									

殿

事業所番号									
事業所名									
所在地	〒								
連絡先	(電話)								

下記の介護給付について、過誤申立を依頼します。

令和 年 月 日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由 コード	申立事由	再請求
		令和 年 月			有 ・ 無
		令和 年 月			有 ・ 無
		令和 年 月			有 ・ 無
		令和 年 月			有 ・ 無
		令和 年 月			有 ・ 無
		令和 年 月			有 ・ 無
		令和 年 月			有 ・ 無
		令和 年 月			有 ・ 無

※ 過誤を行うことにより、利用者に支給済の高額介護サービス費等に過払いが生じる場合があります。その場合、これから支給する高額介護サービス費を減額することで調整しますが、調整できない場合は利用者へ返納納付書を送付しますので、過誤調整を行う事業所につきましては適正な処理を行うとともに利用者への説明等ご協力くださいますようお願いいたします。