

介護給付費過誤申立（取下げ）書

(あて先) 山県市長

申立年月日	年 月 日		
過誤の種類	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 同月		
費用の種類	<input type="checkbox"/> 介護給付費（介護予防） <input type="checkbox"/> 総合事業		
保険者番号	212159	保険者名	山県市

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	
	電話番号	

下記の利用者にかかる請求の取下げを依頼します。

被保険者番号	被保険者名（カナ）	サービス提供年月	請求点数（修正前）	申立事由
		年 月		<input type="checkbox"/> 請求誤りによる <input type="checkbox"/> その他の事由（ ）
		年 月		<input type="checkbox"/> 請求誤りによる <input type="checkbox"/> その他の事由（ ）
		年 月		<input type="checkbox"/> 請求誤りによる <input type="checkbox"/> その他の事由（ ）
		年 月		<input type="checkbox"/> 請求誤りによる <input type="checkbox"/> その他の事由（ ）
		年 月		<input type="checkbox"/> 請求誤りによる <input type="checkbox"/> その他の事由（ ）
		年 月		<input type="checkbox"/> 請求誤りによる <input type="checkbox"/> その他の事由（ ）
		年 月		<input type="checkbox"/> 請求誤りによる <input type="checkbox"/> その他の事由（ ）

(注) 同月過誤を希望する場合は、必ずチェックを入れ月末までに提出してください。

(注) 請求点数は「給付単位数」または「保険請求額」を記入してください。