

(事業所 → 別府市)

介護給付費過誤申立書

別府市長 あて

令和 1年 8月 15日

事業所番号	4	4	*	*	*	*	*	*	*	*	*
事業所名称	**株式会社										
所在地	別府市*****										
連絡先(担当)	TEL. 0977-**-***** (鶴見)										

下記の介護給付について過誤を申し立てます。

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由	申立理由
0 0 0 0 * * * * * 別府 太郎	令和 1 年 6 月	1 受給者台帳の修正 2 請求実績の取下げ 3 その他	利用者入院の為、訪問介護費を取り下げます。
	年 月	1 受給者台帳の修正 2 請求実績の取下げ 3 その他	<ul style="list-style-type: none"> ● 申し立て理由は、できるだけ具体的に記載してください。 ● 提出については、FAX、電子メールは受け付けておりません。直接市役所に提出していただくか、郵送で原本をお送りください。 ● 通常、毎月15日(15日が土日祝日の場合はその直前の営業日)が提出期限となりますので、それまでにお送りください。
	年 月	1 受給者台帳の修正 2 請求実績の取下げ 3 その他	
	年 月	1 受給者台帳の修正 2 請求実績の取下げ 3 その他	
	年 月	1 受給者台帳の修正 2 請求実績の取下げ 3 その他	
	年 月	1 受給者台帳の修正 2 請求実績の取下げ 3 その他	