

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤依頼書

事業所 → 保険者

(同月過誤・再請求)

西条市長 様

事業所番号	
事業所名	
所在地	
連絡先	
担当者名	

下記の介護給付について、過誤申立を依頼申し上げます。

年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		

事由コード

1002 : 請求誤りによる実績の取下げ

1099 : 上記以外の事由による実績の取下げ(愛媛県の指導含む)