　　年　　月　　日

介護給付費過誤申立依頼書

栄町長　　　　　　　　様

請求事業者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |

　　年　　月提出介護給付費過誤申立を依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求年月 | 年　　　月分 | | | |
| 保険者番号 | １　２　３　２　９　９ | | | |
| 保険者名 | 栄　　　町 | | | |
| 被保険者番号 |  | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日　　生 | | | |
| 請求金額 |  | | | |
| 申立事由コード |  |  |  |  |
| 過誤申立理由 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 公費負担分過誤申立の場合は、

公費負担者番号及び公費受給者番号

を記入してください。