

事業者 → 保険者

### 介護給付費過誤申立書（保険者依頼用）

宇佐市長 あて

事業所名	
所在地	〒
連絡先	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

（ 通常処理 ・ 同月処理 ）

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
	00	年 月		
	00	年 月		
	00	年 月		
	00	年 月		
	00	年 月		
	00	年 月		
	00	年 月		
	00	年 月		
	00	年 月		
	00	年 月		

※同月過誤処理を希望される場合は、事前に連絡の上、前月末までに提出してください。（例：8月同月処理を希望される場合は7月末までに提出）