介護給付費過誤申立書

浦安市長　　様

下記の給付について、過誤を申し立てます。

年　月　日

事業者番号		電話番号	
事業者名称		FAX番号	
所在地		担当者氏名	

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類	申立事由コード	申立事由	同月過誤	同月過誤をする理由
		年　月					
		年　月					
		年　月					
		年　月					
		年　月					
		年　月					
		年　月					
		年　月					
		年　月					
		年　月					

※同月過誤を申請する場合は、同月過誤欄に〇を付け、条件番号を記入してください。

＜同月過誤を申請する条件＞
① 一月に多額の過誤調整をした結果、支払額が小額となり、経営に支障を期す恐れがある場合
② 数ヶ月にわたる請求誤り等で、一旦取下げた後に再請求の必要がある場合など、多数を過誤調整する場合
③ その他
※千葉県以外の都道府県で指定を受けた事業所や施設は、同月過誤はできません。
（10桁の事業者番号が、12以外ではじまる事業所や施設は、同月過誤はできません。）

市町村記入欄	
種別	入力日
□通常過誤	年　月　日
□同月過誤	年　月　日