　　年　　月　　日

天　童　市　長　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | |
| 連絡先及び  担当者名 |  |

介護給付費過誤申立依頼書

　下記　　　　年　　月審査決定分の介護給付について、過誤申立て依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 氏　名 | サービスの種類 | 提供月 | 理　由 |
|  |  |  | 年　　月 |  |
|  |  |  | 年　　月 |  |
|  |  |  | 年　　月 |  |
|  |  |  | 年　　月 |  |
|  |  |  | 年　　月 |  |
|  |  |  | 年　　月 |  |
|  |  |  | 年　　月 |  |
|  |  |  | 年　　月 |  |
|  |  |  | 年　　月 |  |
|  |  |  | 年　　月 |  |

（理由　①市台帳との不整合　②誤りにつき取下げ　③その他）

※添付資料当該請求に係る介護給付費請求書及び介護給付費明細書の写し（理由が②の場合、その内容をメモしたもの）