

過 誤 申 立 書

(宛先) 津 市 長

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業所番号	
事業所名称	
提供サービス名	
電話番号	
担当者名	

番号	被保険者番号								フリガナ 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 (該当する事由に○をつけてください)	
1															1、請求誤りのため（ 過少請求 ・ 過剰請求 ） 2、サービス実績がないため 3、その他（	
2															1、請求誤りのため（ 過少請求 ・ 過剰請求 ） 2、サービス実績がないため 3、その他（	
3															1、請求誤りのため（ 過少請求 ・ 過剰請求 ） 2、サービス実績がないため 3、その他（	
4															1、請求誤りのため（ 過少請求 ・ 過剰請求 ） 2、サービス実績がないため 3、その他（	
5															1、請求誤りのため（ 過少請求 ・ 過剰請求 ） 2、サービス実績がないため 3、その他（	
6															1、請求誤りのため（ 過少請求 ・ 過剰請求 ） 2、サービス実績がないため 3、その他（	
7															1、請求誤りのため（ 過少請求 ・ 過剰請求 ） 2、サービス実績がないため 3、その他（	
8															1、請求誤りのため（ 過少請求 ・ 過剰請求 ） 2、サービス実績がないため 3、その他（	
9															1、請求誤りのため（ 過少請求 ・ 過剰請求 ） 2、サービス実績がないため 3、その他（	
10															1、請求誤りのため（ 過少請求 ・ 過剰請求 ） 2、サービス実績がないため 3、その他（	

※ 申立事由コードについては、別紙「過誤申立事由コード」を参照してください。

※ 通常過誤依頼については、毎月15日までに、介護保険課に提出してください。

※ 同月過誤依頼については、事前に介護保険課に相談してください。