

# 過誤申立書

(宛先) 津市長

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	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号	フリガナ	サービス提供年月	※申立事由コード	申立事由
		被保険者氏名			(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。