

総合事業費過誤申立書

摂津市 様

※どちらか一方に○をつけて下さい。

	同月過誤
	通常過誤

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	電話番号
担当者氏名	

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、過誤を申し立てます。

令和 年 月 日

↓被保険者番号は10桁中、下6桁をご記入ください。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	様式番号	申立事由
9 8 7 6 5 4	摂津 太郎	R3 年 12月	1 0	(例)「給付適正化による過誤」、「請求誤りによる実績取り下げ」等
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

【様式番号】

10…(総合事業明細)、20…(ケアマネ費)

