

【介護予防・日常生活支援総合事業】
過誤申立依頼書

我孫子市長 あて

事業所番号	
担当者名	
事業所名称	
所在地	
連絡先	

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、過誤の申立を依頼します。

年 月 日

No.	保険者番号	被保険者番号	フリガナ 被保険者氏名	給付実績		申立事由コード(※)	申立事由 (具体的に記入してください)	照合
				提供年月	審査年月			
1	122226			令和 年 月	令和 年 月			
2	122226			令和 年 月	令和 年 月			
3	122226			令和 年 月	令和 年 月			
4	122226			令和 年 月	令和 年 月			
5	122226			令和 年 月	令和 年 月			
6	122226			令和 年 月	令和 年 月			
7	122226			令和 年 月	令和 年 月			
8	122226			令和 年 月	令和 年 月			
9	122226			令和 年 月	令和 年 月			
10	122226			令和 年 月	令和 年 月			

※ 申立事由コードの上2桁は『10…総合事業明細』、『20…ケアマネ費』のいずれか、下2桁は『02…請求誤り(請求誤りによる実績取り下げ)』、『99…その他の理由(その他の理由による実績取り下げ)』のいずれかになります。