年　　月　　日

（あて先）おいらせ町長

**介護給付費過誤申立依頼書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者番号 |  |
| 事業所名 | 　 |
| サービス種類 |  |
| 事業所住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者氏名 |  |

下記の介護給付について、過誤を申し立てします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供月 | 様式番号 | 申立理由番号 | 誤)請求単位 | 正)請求単位 | 過誤申立の理由 |
|  |  | 　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  | 　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  | 　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  | 　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  | 　年　　月 |  |  |  |  |  |

町処理欄　：　処理（　　／　　）　連絡（　　／　　）　高額（無　・有（返納　有・無））