

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立依頼書

通常過誤用

(あて先)千葉市 _____ 区長

保険者番号	1	2	1	0		
-------	---	---	---	---	--	--

提出日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

下記の総合事業(第1号事業支給)費の請求について、過誤の申立てを依頼します。

事業所番号	
事業所名	
担当者名	
電話番号	

(取下内容)

被保険者番号		被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類名	申立事由コード	申立事由(○をつけ下段に内容を記載)	保険者処理欄
1	0		平成 年 月			請求誤り等 市や県による指導監査	
1	0		平成 年 月			請求誤り等 市や県による指導監査	
1	0		平成 年 月			請求誤り等 市や県による指導監査	
1	0		平成 年 月			請求誤り等 市や県による指導監査	
1	0		平成 年 月			請求誤り等 市や県による指導監査	
1	0		平成 年 月			請求誤り等 市や県による指導監査	
1	0		平成 年 月			請求誤り等 市や県による指導監査	
1	0		平成 年 月			請求誤り等 市や県による指導監査	
1	0		平成 年 月			請求誤り等 市や県による指導監査	
1	0		平成 年 月			請求誤り等 市や県による指導監査	

※この用紙は、給付実績の取下げを目的として、「通常過誤」を申し立てるためのものです。毎月14日までに各区の保健福祉センター 介護保険室に提出してください。

その後、国保連合会から過誤決定通知書が届いたら、正しい内容で再請求をしてください。

※一度に大量の過誤調整を要する、多額で事業所運営に支障をきたす恐れがある等の理由により、「同月過誤」(別様式)を希望する場合は、事前に千葉市介護保険管理課と協議が必要です。