

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立依頼書

(あて先)八尾市長

- | |
|------------------|
| 1. 通常過誤(毎月10日必着) |
| 2. 同月過誤(毎月25日必着) |
- ※該当する番号に○をして下さい

正・誤の請求明細を添付し、下記のとおり過誤申立を依頼いたします。

保険者番号	2	7	2	1	2	0						
被保険者番号												
被保険者氏名												
サービス提供年月						年	月					
国保連合会への請求年月						年	月					

事業所番号												
事業所名												
電話番号	()	-										
FAX番号	()	-										
担当者名												

※該当する様式番号・申立理由番号を○で囲んで下さい。
・様式

様式番号	介護予防・生活支援サービス	明細書様式
10	訪問型サービス 通所型サービス	様式第2-3
20	介護予防ケアマネジメント	様式第7-3

・申立理由

申立理由番号	通常	同月	申立理由
01	○	/	台帳過誤による実績取り下げ
02	/	○	請求誤りによる実績取り下げ
42	/	○	給付適正化による実績取り下げ
()	()	()	()

備考			
入力者	確認者	国保連申立年月	給付実績確認日
			/

※該当する番号に○をして下さい