

# 介護（予防）給付費過誤申立書

年 月 日

津山市長 様

下記の介護（予防）給付費について、過誤を申し立てます。

通常（毎月15日〆切）       同月（前月末日〆切り）

事業者番号	
事業者名称	
電話番号	
担当者名	

No.	被保険者 番号	被保険者 氏名	サービス 提供年月	サービス コード 種類	当初請求 単位数 (合計)	再請求 単位数 (合計)	申立理由 (具体的に)	市記入欄	
								入力	備考
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

- ※ 複数月分ある場合は、利用者ごとに並べてください。
- ※ 特別な理由が無い限り通常過誤での取扱となります。締め切り日以降のご提出は翌月での申立処理となります。
- ※ 申立翌月に「介護給付費過誤決定通知書」が国保連合会から事業者へ送付されます。内容確認後、必要があれば再請求を行ってください。
- ※ 単位数減額の場合、市から利用者に対して高額介護サービス費の返還を求めることがあります。