

課長	課長補佐	係長	係員	担当

介護給付費等過誤申立依頼書

年 月 日

保険者番号：022053
五所川原市長

所在地
事業所名
担当者氏名
連絡先

下記の介護給付等について、過誤の申立を依頼します。

No	事業所番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード		申立事由
					様式番号	申立理由	
				年 月			
				年 月			
				年 月			
				年 月			
				年 月			
				年 月			
				年 月			
				年 月			
				年 月			

※過誤申し立てに係る留意点

- ・申立事由コードを別紙により確認してください。
- ・過誤処理のスケジュール：サービス月→審査月→審査月の翌月の6日以降に国保連より情報提供があり、市が実績を確認できます。実績確認が必要なことから、サービス月の2ヶ月後の10日頃から、市に過誤申立依頼書を提出してください。