

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

十和田市長様

令和 年 月 日

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	様式番号	申立理由番号
1			年 月		
2			年 月		
3			年 月		
4			年 月		
5			年 月		
6			年 月		
7			年 月		
8			年 月		
9			年 月		
10			年 月		

※様式番号、申立理由番号については、右記を参照のうえ記入してください。

事業者番号	
事業者名	
所在地	〒
連絡先・担当者名	() -

《一覧表》

様式番号	明細書様式	様式名称
10	様式第二の三	介護予防・日常生活支援総合事業費明細書(訪問型・通所型・その他の生活支援サービス費)
20	様式第七の三	介護予防・日常生活支援総合事業費明細書(介護予防ケアマネジメント費)

※請求明細書の様式番号とは異なることに留意すること

申立理由番号	申立理由
01	台帳誤り修正による過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
42	適正化による保険者申立の過誤取下げ
99	その他の事由による実績の取下げ

枚目 / 枚中 総件数 件