

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書過誤申立（取下）依頼書

杉並区長 宛

申立年月日 令和 年 月 日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
担当者名	

申立事由 コード(4桁)	サービス種類	理 由	請求内容	再 請 求
			・過小請求 ・過剰請求	有 ・ 無

番号	被 保 険 者 番 号 ※1	フリガナ	サービス提供年月 ※2
		被保険者氏名	
1			
2			
3			
4			
5			
6			

※1 複数名の依頼がある場合は、被保険者番号昇順にご記入ください。

※2 該当するサービス提供月が複数ある場合は「平成〇年〇月～令和〇年〇月、令和〇年〇月、…」のように記入してください。

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書過誤申立（取下）依頼書

番号	被保険者番号 ※1										フリガナ	サービス提供年月 ※2
											被保険者氏名	
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												

※1 複数名の依頼がある場合は、被保険者番号昇順にご記入ください。

※2 該当するサービス提供月が複数ある場合は「平成〇年〇月～令和〇年〇月、令和〇年〇月、…」のように記入してください。