

年 月 日

北アルプス広域連合長 様

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒【 — 】
連絡先	— —
代表者	

介護給付過誤申立書

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

記

証 記 載 保 険 者 番 号	被 保 険 者 番 号	被 保 険 者 氏 名	サービ ス 種 類 コ ー ド	サービ ス 提 供 年 月	過 誤 申 立 事 由 コ ー ド	同 時 請 求
				年 月		
				年 月		
				年 月		
				年 月		
				年 月		
				年 月		
				年 月		
				年 月		
				年 月		
				年 月		

※ 証記載保険者番号…202127 大町市・204818 池田町・204826 松川村・204859 白馬村・204867 小谷村

※ サービス種類コード…サービスコードの上 2 桁の数字

※ 過誤申立事由コード…下記の様式番号 2 桁と理由番号 2 桁を合わせた 4 桁の数字

※ 同時請求…過誤申立と同時に再請求を行う場合○を記入(必ず再請求を国保連合会宛送付のこと)

【様式番号】(例)10 訪問通所他・21 短期入所・22 老健短期・30 共同生活・32 特定施設・40 サービス計画・50 老福施設・60 老健施設

【理由番号】02 請求誤りによる実績の取り下げ(通常)・12 請求誤りによる実績の取り下げ(同月)・99 その他の理由による実績の取り下げ