

介護給付費等過誤申立（取下げ）依頼書

(枚目/ 枚目中)

| | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 介護(介護予防)給付分 | <input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活支援総合事業 |
|--------------------------------------|--|

| |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 通常 (15日切) | <input type="checkbox"/> 同月 (25日切) |
|------------------------------------|------------------------------------|

尼崎市長 あて

下記の介護給付費等について、過誤申し立てを依頼します。

(尼崎市介護保険事業担当課
FAX 06-6489-7505)

令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | | | | | 担当者 | | |

被保険者番号昇順の上で、サービス提供年月昇順でご記入ください。

| 被保険者番号 被保険者氏名 | サービス種類 | サービス提供 年月(元号) | 請求済み 単位数 | 再請求後 単位数 |
|------------------|--------|------------------|-------------|-------------|
| | | 年 月 | | |
| | 取下げ事由 | | | |
| | | 年 月 | | |
| | 取下げ事由 | | | |
| | | 年 月 | | |
| | 取下げ事由 | | | |
| | | 年 月 | | |
| | 取下げ事由 | | | |
| | | 年 月 | | |
| | 取下げ事由 | | | |
| | | 年 月 | | |
| | 取下げ事由 | | | |
| | | 年 月 | | |
| | 取下げ事由 | | | |
| | | 年 月 | | |
| | 取下げ事由 | | | |

※再請求を行わない場合は、“再請求後単位数欄”に、「0」(ゼロ)と記入してください。
過誤を行うことにより、利用者に支給済の高額介護サービス費等に過払いが生じる場合があります。その場合、これから支給する高額介護サービス費を減額することで調整します。その際、貴事業所から利用者への説明等、ご協力をお願いすることがあります。