

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。