介 護 給 付 費 過 誤 申 立 依 頼 書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 　＜送付先＞　　　北広島市保健福祉部高齢者支援課　　〒061-1192　　　北広島市中央4丁目2番地1　　　　　電　話　011-372-3311（内線2162）　　　　　ＦＡＸ　011-372-7791 |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 依頼日 | 年　　　月　　　日 |

下記のとおり、計　　　件分の介護給付費過誤申立てを依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号被保険者氏名 | サービス種類名 | サービス提供年月 | 　理　　由（具体的に） | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月 |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月 |  |  |
|  |

　※必要に応じ、この依頼書に国保連合会へ提出した介護給付費明細書の見え消し訂正したものを添付してください。