

月17日

締切分

介護給付費

令和 年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業

通常過誤申立書

三木町福祉介護課 介護保険係 宛

FAX (087)898-1944

合計件数 件

事業者名称										
事業者番号										
電話番号										
担当者名										

下記の介護給付及び介護予防・日常生活支援総合事業費について、通常過誤を申し立てます。

No.	被保険者番号	サービス提供年月	介護区分	介護度	負担割合	申立事由コード	詳細コード	理由(具体的に記入してください。) 例:〇〇加算の取下げ 等	当初請求 単位数	再請求 単位数
	被保険者氏名									
1		年 月	事業 予防 介護							
2		年 月	事業 予防 介護							
3		年 月	事業 予防 介護							
4		年 月	事業 予防 介護							
5		年 月	事業 予防 介護							
計										

※FAX受付期間 毎月1日から17日(閉庁日の場合は、その前の開庁日)