

月末

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

同月過誤申立書

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、同月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										
※FAX受付期間 毎月18日から月末(閉庁日の場合は、その前の閉庁日)まで																							計		

※FAX受付期間 毎月18日から月末(閉庁日の場合は、その前の開庁日)まで

翌月10日に再請求をしてください