

介護給付費過誤申立書

年 月 日

茨城町長 殿

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

過誤種別	通常 ・ 同月	申立件数	合計	23	件
------	---------	------	----	----	---

事業者番号									
事業者名称									

【申立事由コード】
別紙 申立事由コードを参照してください。

電

被保険者番号											フリガナ 被保険者氏名	サービス提供年月日	申立事由 コード				申立事由
1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	イバラキ タロウ 茨城 太郎	令和 7 年 1 月					
2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	イバラキ タロウ 茨城 太郎	令和 7 年 2 月					
3	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	イバラキ タロウ 茨城 太郎	令和 7 年 3 月					
4	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	チョウジュ ハナコ 長寿 花子	令和 7 年 1 月					
5	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	チョウジュ ハナコ 長寿 花子	令和 7 年 2 月					
6	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	チョウジュ ハナコ 長寿 花子	令和 7 年 3 月					
7						⋮						令和 年 月					
8						⋮						年 月					

【申立事由】
なるべく具体的に記入してください。
(例)
× 請求誤りのため
○ 初回加算の算定が漏れたため

【被保険者番号・氏名・サービス提供年月日】

【被保険者番号・氏名・サービス提供年月日】

記載順は、

- ①被保険者番号
②サービス提供年月（古いものから）
としてください。

[illegible]