

# 介護給付費過誤申立（取下）依頼書

年 月 日

平川市長 殿

事業所番号  
事業所名  
所在地  
連絡先  
担当者氏名

下記の介護給付について、過誤申立（取下）の依頼をいたします。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービスの種類	申立事由
年 月		年 月	※1 介 護 介 護 予 防	※2 同月過誤 通常過誤 取 下
年 月		年 月	※1 介 護 介 護 予 防	※2 同月過誤 通常過誤 取 下
年 月		年 月	※1 介 護 介 護 予 防	※2 同月過誤 通常過誤 取 下
年 月		年 月	※1 介 護 介 護 予 防	※2 同月過誤 通常過誤 取 下
年 月		年 月	※1 介 護 介 護 予 防	※2 同月過誤 通常過誤 取 下
年 月		年 月	※1 介 護 介 護 予 防	※2 同月過誤 通常過誤 取 下

※1 当てはまるものに○をしてください。

※2 当てはまるものに○をしてください。

（ [同月過誤]－過誤処理と再請求を同じ月で実施する場合。 [通常過誤]－過誤処理を行った翌月以降に再請求をする場合。 [取下]－再請求をしない場合。）

注意) 過誤申立依頼書の提出締め切りは**原則として月末**です。（提出した翌月に過誤処理が行われます）

なお、提出した翌月 10 日までに国保連請求したものが同月過誤の対象となりますのでご注意ください。