

事業所→保険者

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤依頼書

(同月過誤)

宇和島市長 様

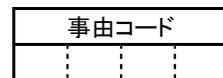
事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	TEL
担当者名	

下記の介護給付について、過誤申立を依頼申し上げます。

年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		

様式番号		申立理由番号	
10	様式第二の三 訪問型サービス 通所型サービス その他の生活支援サービス	12	請求誤りによる実績取り下げ(同月過誤)
		49	適正化による過誤取り下げ(同月過誤)
		99	その他の事由による実績の取り下げ(監査等)
20	様式第七の三 介護予防ケアマネジメント		



様式番号 申立理由番号

事業所→保険者

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤依頼書 (通常過誤)

宇和島市長 様

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	TEL
担当者名	

下記の介護給付について、過誤申立を依頼申し上げます。

年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		
被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	事由コード	依頼事由
		年 月		

様式番号		申立理由番号	
10	様式第二の三 訪問型サービス 通所型サービス その他の生活支援サービス	02	請求誤りによる実績取り下げ(同月過誤)
		42	適正化による過誤取り下げ(同月過誤)
		99	その他の事由による実績の取り下げ(監査等)
20	様式第七の三 介護予防ケアマネジメント		



様式番号 申立理由番号