介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書　　【　再 請 求 ： 有　・ 無　 】

事業所　→　保険者　→　国保連合会

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 担当者名 |  |

保険者番号 １３１０４５

保険者名 新 宿 区

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　申立年月日 令和 年　 月　 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 被保険者番号 | フリガナ | サービス提供月 | 申立事由コード | 申　　　立　　　事　　　由 |
| 被保険者氏名 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成令和 年 　月 | **１** | **０** |  |  |  |
|  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成令和 年 　月 | **１** | **０** |  |  |  |
|  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成令和 年 　月 | **１** | **０** |  |  |  |
|  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成令和 年 　月 | **１** | **０** |  |  |  |
|  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成令和 年 　月 | **１** | **０** |  |  |  |
|  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成令和 年 　月 | **１** | **０** |  |  |  |
|  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成令和 年 　月 | **１** | **０** |  |  |  |
|  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成令和 年 　月 | **１** | **０** |  |  |  |
|  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成令和 年 　月 | **１** | **０** |  |  |  |
|  |
| １０ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成令和 年 　月 | **１** | **０** |  |  |  |
|  |