

介護給付費過誤申立書

※毎月8日(土日祝の場合は前日)までに提出してください。

釧路市長 あて

令和〇〇年〇〇月〇〇日

次のとおり、国保連合会への過誤申立てを依頼します。

事業所番号 0 1 7 4 1 2 3 4 5 6	事業所名・住所 ヘルパーステーション〇〇〇	連絡先 TEL 0154-〇〇-〇〇〇〇 FAX 0154-〇〇-〇〇〇〇 担当 釧路 一郎
申立数 3 件		

被保険者番号 被保険者氏名(カタカナ)	サービス提供年月	明細書様式	申立事由	備考
0 0 0 0 0 0 0 0 9 4 6 カイゴ タロウ	平成 30年 2月 令和	第 2 号	請求誤りのため	単位の誤り 誤700→正350点
0 0 0 0 0 0 0 0 9 4 6 カイゴ タロウ	平成 30年 3月 令和	第 2 号	公費情報誤りの為 (生保受給者)	
0 0 0 0 0 0 0 0 9 4 6 0 カイゴ ハナ	平成 元年 5月 令和	第2-2号	サービス回数誤りの為 200→300単位に変更	
	平成 年 月 日	第 号		
		号		
0 0 0 0 0 0 0 0 9 4 6 カ タ	平成 30年 3月 令和	第 2 号		過誤内容を具体的に記載してください。 (備考欄に記載しても結構です。) 【例】 誤2,000点→正2,100点 身体介護3→身体介護2へ変更
0 0 0 0 0 0 0 0 9 4 6 0 カ ハ	平成 元年 5月 令和	第2-2号	200→300単位に変更	
	平成 年 月 日	第 号		
		号		
		号		
	平成 年 月 日	第 号		
		号		
	平成 年 月 日	第 号		
		号		

記入の順番は
①「被保険者番号」⇒②提供年月の
昇順で記入願います。

※FAXで送信の場合、被保険者番号と
名字の一文字目と名前の一文字目のみ
記入してください。

----- 釧路市記入欄 -----

国保連合会への過誤申立処理月日	令和 年 月 日
貴事業所から依頼のありました過誤の申立は、上記日付で処理したので通知いたします。	
令和 年 月 日	
釧路市福祉部介護高齢課介護給付係	
TEL	(0154) 31-4553
FAX	(0154) 32-2003
担当	