

介護給付費過誤申立書

鹿沼市長 宛

事業所番号	
事業所名	
担当者名	
所在地	〒 —
連絡先	電話番号 — —

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

本過誤申立を原因として、鹿沼市から利用者へ高額介護サービス費返還請求がある場合は、当事業所が利用者にもその旨を説明します。

令和 年 月 日

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立理由
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

※1 提出期限は、毎月月末です。(末日が閉庁日の場合は、前開庁日)

※2 返戻となったものについては過誤申立の必要はありません。国保連連合会で審査決定したもの(請求が通ったもの)について、過誤申立を行ってください。

※3 被保険者番号がHから始まる番号の過誤申立は厚生課へ提出してください。

※4 申立事由コードは、別紙「(過誤申立)様式番号」及び「(過誤申立)申立理由番号」を参考ください。