介護給付費過誤申立依頼書

サービス事業者→泉佐野市(保険者)

泉佐野市長 殿

下記の介護給付について、通常・同月 過誤の申立を依頼します。

※いずれかにOしてください。

令和 年 月 日

| 事業所名 | | | | | | | | | |
|-----------|-----|----|---|---|---|--|------|------|--|
| 事業所 番号 | | | | | | | | 担当者名 | |
| 所在地 | ₹ | | | _ | _ | | | | |
| 連絡先 | 電話 | 番 | 号 | | | | | | |
| 建和九 | FAX | 番号 | 寻 | | | | | | |

| | | | 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 | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|--|-------------|-----|-----|----|---------|------|---|
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | 令和 | 年 | 月 | | | |
| 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | 令和 | 年 | 月 | | | |
| 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | 令和 | 年 | 月 | | | |
| 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | 令和 | 年 | 月 | | | |
| 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | 令和 | 年 | 月 | | | 保険者使用欄 |
| 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | 令和 | 年 | 月 | | | 申立月 |
| 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | 令和 | 年 | 月 | | | 同月 |
| 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | 令和 | 年 | 月 | | | |
| 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | 令和 | 年 | 月 | | | 通常 |
| 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | 令和 | 年 | 月 | | | 実績 |
| 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | 令和 | 年 | 月 | | | *************************************** |
| 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | 令和 | 年 | 月 | | | 連絡 |

※被保険者番号順にご記入ください。複数件数がある場合は、サービス提供月ごと被保険者順にご記入ください。 〈提出締切〉

同月過誤・・・再請求を行う前月25日まで(郵送必着、休日の場合は前開庁日)

通常過誤・・・毎月10日まで(郵送必着、休日の場合は前開庁日)過誤決定通知書を確認の後、再請求可能。

連絡先:泉佐野市 介護保険課 認定給付係 電話:072-463-1212 (内線2169)