

介護給付費過誤申立書

山形村長 様

下記のとおり、過誤申立を行います。
 この申立により、利用者が村から支給されている高額介護(予防)サービス費に返還が生じる場合は、当事業者より利用者
 (枚中 枚目)
 に説明します。

年 月 日

事業所番号									
事業所名称	印								
事業所所在地	〒								
連絡先	TEL : FAX : (担当 :)								

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	再請求	申立事由 (具体的に記入してください)
		年 月		同・増・減・無	
		年 月		同・増・減・無	
		年 月		同・増・減・無	
		年 月		同・増・減・無	
		年 月		同・増・減・無	
		年 月		同・増・減・無	
		年 月		同・増・減・無	
		年 月		同・増・減・無	
		年 月		同・増・減・無	