

過 誤 申 立 依 頼 書

(通常過誤 ・ 同月過誤)

年 月 日

青 木 村 長 殿

事業所番号		事業所名	印
担当者氏名		電話番号	

下 記 に よ り 過 誤 申 立 を 依 頼 し ま す

被保険者番号		氏 名	
証 記 載 番 号	2 0 3 4 9 7	申 立 年 月 日	
請求明細書様式番号	様式第	サービス提供年月	
申 立 事 由 (理 由)			
1 申し立ての具体的な内容			
2 変更となる単位数等			
	サービス内容	サービスコード	単位数
	回数日数	サービス単位数	公費回数
	公費対象単位数		
変更前			
変更後			
3 変更となる特定入所者介護サービス費等			
	サービスコード	費用額(日額)	負担限度額(日額)
	日数	費用額(月額)	負担限度額(月額)
		保険請求額(月額)	
変更前			
変更後			

保険者 記入欄	01 台帳誤りの過誤調整	02 請求誤りの実績取下げ	03 その他の実績取下げ
------------	--------------	---------------	--------------

※通常過誤は毎月15日までに、同月過誤は毎月5日までに提出をお願いします。

問い合わせ先

〒386-1601 長野県小県郡青木村大字田沢111

青木村 住民福祉課 地域包括支援センター係

電話番号 0268-49-0111