

介護給付費過誤連絡票 <<事業者 ⇒ 鎌倉市(介護保険課介護保険担当)>>

年 月 日

事業者名

電 話 (担当 :)

下記の介護給付について、連合会への過誤の申立を依頼します。

事業所番号	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	申立事由	同月	通常
		年				
		月				
		年				
		月				
		年				
		月				
		年				
		月				
		年				
		月				
		年				
		月				
		年				
		月				

- ※ 「申立事由コード」欄の左2桁に様式番号を、右2桁に申立事由番号をそれぞれ記載してください。
「様式番号」及び「申立事由番号」は、裏面の「様式番号及び申立事由番号の一覧」を参照してください。
- ※ 過誤連絡票は、10日までに提出してください(郵送の場合は10日必着)。
- ※ 提出は窓口に直接、または郵送をお願いします。個人情報につき、ファクシミリの使用はご遠慮ください。
- ※ 同月に請求を行う場合、必ず同月に○をつけてください。