

介護給付費過誤連絡票 <<事業者 ⇒ 鎌倉市(介護保険課)>>

令和 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。

| 番号 | 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 | 過誤種類 | サービス種別 | 様式番号 | 明細書様式 | 申立事由 | 申立事由コード |
|----|-------|--------|--------|----------|------|--------|------|-------|------|---------|
| 1  |       |        |        | 年 月      |      |        |      |       |      |         |
| 2  |       |        |        | 年 月      |      |        |      |       |      |         |
| 3  |       |        |        | 年 月      |      |        |      |       |      |         |
| 4  |       |        |        | 年 月      |      |        |      |       |      |         |
| 5  |       |        |        | 年 月      |      |        |      |       |      |         |
| 6  |       |        |        | 年 月      |      |        |      |       |      |         |
| 7  |       |        |        | 年 月      |      |        |      |       |      |         |
| 8  |       |        |        | 年 月      |      |        |      |       |      |         |
| 9  |       |        |        | 年 月      |      |        |      |       |      |         |
| 10 |       |        |        | 年 月      |      |        |      |       |      |         |

※ 過誤連絡票は、10日までに提出してください。  
※ 提出は原則e-kanagawa電子申請で行ってください。

〒248-8686 鎌倉市御成町18番10号  
鎌倉市介護保険課 連絡先 0467(61)2310