

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