

過誤申立(請求取消依頼)書

 通常 ・ 同月

中津市長 あて

保険者番号:442038

年 月 日

審査決定した下記について、請求に誤りがありましたので、過誤申立(請求取消依頼)いたします。

事業所番号		事業所名			
サービス種類		電話連絡先		担当者名	

※総合事業の場合も同様に、サービス種類から選択してください。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	申立理由	摘要	再請求
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			

【必要な添付書類】

- ①国保連合会に提出した介護給付費または総合事業費請求明細書の写し【誤】
(訂正箇所がわかるようにマーカーで色付け等をして提出)
- ②過誤の箇所を訂正した介護給付費または総合事業費請求明細書の写し【正】(再請求分)

【注意事項】

- ①提出締切日は、通常過誤が15日、同月過誤が1日です(休日の場合は前開庁日)。
締切日以後は、翌月の処理となります。
- ②処理方法は原則通常過誤です。同月過誤の場合は、提出前に相談ください。
例:件数が多く支払額への影響が大きい場合等は、同月過誤を受け付けます。
- ③15件を超える場合は、表中に「別紙に記載」と入力し、別紙を添付ください。
必要に応じて、紙媒体とは別にエクセルデータの提出を求めます。

受付印枠

【お問合せ・提出先】

〒871-8501 中津市豊田町14番地3 (0979)22-1111 福祉部 介護長寿課
介護係 内線(731・732・738)、介護予防係 内線(735)