

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書

令和 年 月 日

印西市長 様

事業所番号									
事業所名	印								
所在地	〒					-			
電話番号									
担当者名									

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

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
	年 月	1 0	
	年 月	1 0	
	年 月	1 0	
	年 月	1 0	
	年 月	1 0	

○申立事由コード欄の（コード1）は**様式番号10（総合事業用）**で固定とし、
 （コード2）は以下2つのいずれかを組み合わせた4桁の数字となります。
 (コード1) 上2桁 ●様式番号10で固定

○申立事由コード欄は、以下のコードから数字二桁を記入してください。
 (コード2) 下2桁 ●請求誤り…02（請求誤りによる実績取り下げ）
 ●その他の理由…99（その他の事由による実績の取り下げ）