

年 月 日

大川市長 殿

事業者番号	
事業者名称	
代表者名	
連絡先	
担当者名	

〔 介護予防・日常生活支援総合事業費
　　介護給付費 〕

の過誤処理について

下記の被保険者分につき、介護報酬の請求に係る提出書類の過誤処理を依頼いたします。

記

証記載保険者番号	4	0	2	1	2	3					
被保険者番号									0	0	0
被保険者氏名											
サービス提供年月	年 月 分										
請求年月	年 月										
明細書様式	様式第 号										
申立事由コード											
取消事由											
過誤種別	年 月 (同月過誤 ・ 通常過誤)										

△	介護保険給付費			
	保険分		公費分	
	請求額	利用者負担額	請求額	利用者負担額
正	円	円	円	円
誤	円	円	円	円
返還金	円	円	円	円

△	特定入所者介護サービス費			
	保険分		公費分	
	請求額	利用者負担額	請求額	利用者負担額
正	円	円	円	円
誤	円	円	円	円
返還金	円	円	円	円

* 過誤処理依頼書を提出するに当たっては、国保連合会に提出した介護給付費明細書(伝送・磁気での請求の場合は印刷したもの)の写しを添付のうえ過誤の箇所にマーキングして提出して下さい。