サービス事業所→保険者

**介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　立　者 | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | | | | | | |

（宛先）

旭川市長

介護給付費については，この申立書での取下はできません。

専用の申立書にて申し立てを行ってください。

　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。　　　　　申立日　　　 　　 年 　　 月 　　 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 被保険者番号 | | | | | | | | | | サービス提供年月 | 申立事由コード | | | | 申立事由  　※　該当するものにチェックし，申立てする事由を御記入ください。 | |
| 被保険者カナ氏名 | | | | | | | | | |
| １ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | 年 　　 月 |  |  |  |  | □　訪問型サービス  □　通所型サービス | □　介護予防ケアマネジメント費 |
|  | | | | | | | | | |
| ２ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | 年 　　 月 |  |  |  |  | □　訪問型サービス  □　通所型サービス | □　介護予防ケアマネジメント費 |
|  | | | | | | | | | |
| ３ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | 年 　　 月 |  |  |  |  | □　訪問型サービス  □　通所型サービス | □　介護予防ケアマネジメント費 |
|  | | | | | | | | | |
| ４ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | 年 　　 月 |  |  |  |  | □　訪問型サービス  □　通所型サービス | □　介護予防ケアマネジメント費 |
|  | | | | | | | | | |
| ５ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | 年 　　 月 |  |  |  |  | □　訪問型サービス  □　通所型サービス | □　介護予防ケアマネジメント費 |
|  | | | | | | | | | |
| ６ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | 年 　　 月 |  |  |  |  | □　訪問型サービス  □　通所型サービス | □　介護予防ケアマネジメント費 |
|  | | | | | | | | | |
| ７ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | 年 　　 月 |  |  |  |  | □　訪問型サービス  □　通所型サービス | □　介護予防ケアマネジメント費 |
|  | | | | | | | | | |
| ８ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | 年 　　 月 |  |  |  |  | □　訪問型サービス  □　通所型サービス | □　介護予防ケアマネジメント費 |
|  | | | | | | | | | |
| ９ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | 年 　　 月 |  |  |  |  | □　訪問型サービス  □　通所型サービス | □　介護予防ケアマネジメント費 |
|  | | | | | | | | | |
| １０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  | 年 　　 月 |  |  |  |  | □　訪問型サービス  □　通所型サービス | □　介護予防ケアマネジメント費 |
|  | | | | | | | | | |