

記入例

過誤申立書

【再請求：(有) 無】

保険者名：武蔵村山市
(132233)

申立年月日：令和●年 6月●日

下記のとおり、過誤を申し立てます。

過誤申立対象となるサービス費に✓または○をしてください。

事業所番号	再請求の有無に○をしてください。 890
事業所名	
電話番号	042-590-XXXX
FAX番号	042-590-XXXX
担当者名	武蔵 村山●

過誤対象となるサービス費 介護給付費 ・ 介護予防・日常生活支援総合事業費

番号	被保険者番号	フリガナ 被保険者氏名	サービス提供月	申立事由 コード	具体的な過誤理由
1	10000000XX	ムサシ ムラヤマタロウ 武蔵 村山太郎	令和●年4月	1001	訪問介護減額の公費請求をしなかった。(公費負担番号、受給者番号の記入漏れ。)
2					
3					
4			年 月		
5			年 月		
6			年 月		
7			年 月		
8			年 月		
9			年 月		
10			年 月		

裏面の申立事由コードを参考に記入してください

申立事由には必ず理由を記入してください。
【参考】
・請求誤りのため(過少請求、過剰請求)
・サービス実績がないため
・都の指導検査のため
・公費請求誤り

- 1 返戻・保留となっていないことを確認後提出してください。 保険者 武蔵村山市
- 2 申立事由には具体的な内容を記載してください。 高齢福祉課 介護認定給付係
- 3 過誤請求が行政の指導による場合は、指導結果通知の写しを添付してください。 電話番号 (042-590-1233)
- 4 過誤申立は審査月の翌月以降に提出してください。