

介護給付費/総合事業費 過誤申立書

(宛先)新潟市長

下記の介護給付費/総合事業費について、過誤を申し立てます。

事業所番号		連絡先	
事業所名称		担当者名	

提出日	令和		年		月		日
-----	----	--	---	--	---	--	---

▶人別かつ年月順に記入する。介護と事業は別業にする。

No	被保険者番号/氏名	サービス提供年月	区分	申立事由コード	識別番号	過誤前保険請求額	申立理由
1		年 月	<input type="checkbox"/> 介護			¥	<input type="checkbox"/> 請求誤り
			<input type="checkbox"/> 事業				<input type="checkbox"/> その他
2		年 月	<input type="checkbox"/> 介護			¥	<input type="checkbox"/> 請求誤り
			<input type="checkbox"/> 事業				<input type="checkbox"/> その他
3		年 月	<input type="checkbox"/> 介護			¥	<input type="checkbox"/> 請求誤り
			<input type="checkbox"/> 事業				<input type="checkbox"/> その他
4		年 月	<input type="checkbox"/> 介護			¥	<input type="checkbox"/> 請求誤り
			<input type="checkbox"/> 事業				<input type="checkbox"/> その他
5		年 月	<input type="checkbox"/> 介護			¥	<input type="checkbox"/> 請求誤り
			<input type="checkbox"/> 事業				<input type="checkbox"/> その他
6		年 月	<input type="checkbox"/> 介護			¥	<input type="checkbox"/> 請求誤り
			<input type="checkbox"/> 事業				<input type="checkbox"/> その他
7		年 月	<input type="checkbox"/> 介護			¥	<input type="checkbox"/> 請求誤り
			<input type="checkbox"/> 事業				<input type="checkbox"/> その他
8		年 月	<input type="checkbox"/> 介護			¥	<input type="checkbox"/> 請求誤り
			<input type="checkbox"/> 事業				<input type="checkbox"/> その他
9		年 月	<input type="checkbox"/> 介護			¥	<input type="checkbox"/> 請求誤り
			<input type="checkbox"/> 事業				<input type="checkbox"/> その他
10		年 月	<input type="checkbox"/> 介護			¥	<input type="checkbox"/> 請求誤り
			<input type="checkbox"/> 事業				<input type="checkbox"/> その他

▲Hから始まる被保険者番号の方は別業にする。

(全 枚中 枚目)

(確認事項)

- ・ 提出期限は毎月15日(前月審査決定分は7日)正午まで。(休日の場合は前開庁日まで)
- ・ 提出期限以降に到着した分は翌月処理になる。
- ・ 区分は、介護(予防)給付費は「介護」、総合事業費は「事業」をそれぞれ選択すること。