

記入例

介護給付費過誤申立書

令和 4年 4月 〇〇日

(宛先) 野田市長

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業所番号	12713×××××		
事業所名	〇〇〇事業所		
電話番号	04-7125-〇〇〇〇	担当者名	
FAX番号	04-7126-〇〇〇〇	千葉	

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	様式番号		事由番号		申立事由(簡潔に記載)	再請求の有無
0000123456	野田 花子	令和4年 1月	1	0	0	2	(例)算定ミスによる請求誤り	有
		年 月					(例)初回加算の付け忘れ	
		年 月					(例)公費の請求漏れ	
		年 月					(例)監査・指導による返還	
		年 月						
		年 月						
		年 月						
		年 月						
		年 月						

※通常過誤申立の締切りは、毎月15日です。同月過誤申立は、事前に高齢者支援課に相談してください。野田市役所高齢者支援課介護給付係 TEL04-7125-1111(代表)

※提出方法は、窓口提出または郵送です。FAXは個人情報保護のため行わないでください。

※被保険者番号がHから始まる場合は、福祉事務所(生活支援課)へ連絡してください。