記入例

介護給付費過誤申立書

事業所番号	017200＊＊＊＊
事業所名称	○○ヘルパーステーション
所　在　地	〒　047　－
	小樽市○○丁目○○番○○号
連　絡　先	電話番号 0134-○○-○○○○

小樽市長　様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。 平成　　年　　月　　日

（全　1　枚のうち　1　枚目）

被保険者番号	被保険者氏名（カタカナ）	サービス提供年月	サービス種類	申立事由 1．当市台帳誤り修正による過誤調整 2．請求誤りによる実績の取り下げ 3．その他の事由による実績の取り下げ				
0000012345	オタル　ハナコ	平成　21　年　2　月	訪問介護	1．	②	3．	備考	（例）公費負担誤りのため
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	
		平成　　年　　月		1．	2．	3．	備考	