

# 介護給付費過誤申立依頼書

保険者番号	0	5	2	0	1	9
保険者名	秋田市					

宛

事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
事業所名										
所在地										

下記の介護給付について、過誤申立を依頼します。

令和●年●月●日

サービス毎に異なるため、「申立事由コード」を確認してください。

**【重要・必須】**

被保険者番号順に記載してください。

事業所番号											被保険者番号											被保険者氏名											サービス提供年月		申立事由コード				申立事由
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	1	1	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	令和●年6月	1	0	0	2	●●加算の算定誤りによる									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	1	1	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	令	<b>【重要・必須】</b>				加算の算定誤りによる										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	1	1	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	令	提供年月順に1件ずつ記載してください。まとめて記載することはできません。				加算の算定誤りによる										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	1	2	×	×	×	×	×	×	○	○	○	×	令和●年6月	1	0	0	2	●●加算の算定誤りによる										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	1	2	×	×	×	×	×	×	○	○	○	×	令和●年7月	1	0	0	2	●●加算の算定誤りによる										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	1	2	×	×	×	×	×	×	○	○	○	×	令和●年8月	1	0	0	2	●●加算の算定誤りによる										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	1	2	×	×	×	×	×	×	○	○	○	×	令和●年9月	1	0	0	2	●●加算の算定誤りによる										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	1	3	×	×	×	×	×	×	×	○	○	×	令和●年8月	1	0	0	2	●●加算の算定誤りによる										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	1	3	×	×	×	×	×	×	×	○	○	×	令和●年9月	1	0	0	2	●●加算の算定誤りによる										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	1	3	×	×	×	×	×	×	×	○	○	×	令和●年10月	1	0	0	2	●●加算の算定誤りによる										