

介護給付費過誤申立書

介護給付費審査委員会 殿

事業者名
所在地
連絡先
(電話番号)
本件担当者名

保険者番号	2	7	2	3	0	2
保険者名	交 野 市					
所在地	〒576-0034 交野市天野が原町5-5-1					
連絡先	交野市健康福祉部高齢介護課 電話番号072-893-6409					

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。 年 月 日

※どちらかに○をつけてください。(記入がない場合は通常過誤として取り扱います。)

1 通常過誤 2 同月過誤

事業者番号	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
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

※控えが必要な場合はあらかじめコピーをとっておいてください。控えに受領印の押印をご希望の場合はお申し出ください。

※過誤した後の再請求が減額になる方で、高額介護(予防)サービス費または高額介護予防サービス相当事業費が発生している場合、減額請求の差額分を被保険者から交野市に返還していただく必要があります。本過誤申立を原因として、交野市から被保険者へ高額介護サービス費等の返還請求をする場合がある旨、事業者様から被保険者様へ説明をお願いします。