

年 月 日

## 総合事業支給費 過誤申立依頼書

浜田地区広域行政組合 様

|          |  |
|----------|--|
| 事業者番号    |  |
| 事業者名     |  |
| 連絡先(TEL) |  |
| 担当者氏名    |  |

次の介護予防・日常生活支援総合事業支給について、過誤申立を依頼します。

| No. | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供年月 | サービスの種類 | 申立の具体的な内容 | 再請求の有無 |
|-----|--------|--------|----------|---------|-----------|--------|
| 1   |        |        | 年 月      |         |           | 有・無    |
| 2   |        |        | 年 月      |         |           | 有・無    |
| 3   |        |        | 年 月      |         |           | 有・無    |
| 4   |        |        | 年 月      |         |           | 有・無    |
| 5   |        |        | 年 月      |         |           | 有・無    |
| 6   |        |        | 年 月      |         |           | 有・無    |
| 7   |        |        | 年 月      |         |           | 有・無    |
| 8   |        |        | 年 月      |         |           | 有・無    |
| 9   |        |        | 年 月      |         |           | 有・無    |
| 10  |        |        | 年 月      |         |           | 有・無    |

|      |     |
|------|-----|
| 再請求月 | 年 月 |
|------|-----|