

# 介護給付費過誤（取下）申立依頼書

令和      年      月      日

黒石市長様

事業所番号

所在地

事業所名

代表者氏名

電話番号

担当者氏名

下記の介護給付費明細書について、過誤(取下)を申し立てます。

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	サービスの種類	申立事由	請求金額（円）	
						誤	正
		年 月					
		年 月					
		年 月					
		年 月					
		年 月					
		年 月					
		年 月					
		年 月					

※ 依頼書の提出締め切りは月末です。依頼月の翌月10日までに国保連へ請求したものが、同月過誤の対象となりますのでご注意ください。

