

## 総合事業 過誤申立依頼書

市 受 付 印

和 泉 市 あて

所在地	
名 称 代 表 者	
連 絡 先	

下記の給付について、過誤の申し立てを依頼します。

年 月 日

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
		年 月	1 0 0 2	
		年 月	1 0 0 2	
		年 月	1 0 0 2	
		年 月	1 0 0 2	
		年 月	1 0 0 2	
		年 月	1 0 0 2	
		年 月	1 0 0 2	
		年 月	1 0 0 2	

10：訪問型サービス・通所型サービス

※ケアマネジメント費の過誤については、地域包括支援センターにご連絡ください。

申立事由コード

1 0 0 2

様式番号 申立理由番号