保険者名　：　茨　木　市
（保険者番号：２７２１１２）

総合事業費　過誤申立書

提出締切日　通常過誤：毎月１０日
同月過誤：毎月２５日

申立年月日　：　　年　　月　　日

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
担当者名	

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号	ふりがな 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード 様式番号	申立理由	サービスの種類 （様式番号10の場合は該当するサービスにチェックをつけてください）	申立事由 （該当する事由にチェックをつけ、必ず理由を記入してください）
1			年　月	0		□ 訪問介護相当サービス □ 通所介護相当サービス □ 訪問型サービスＡ	□ 請求誤りによる実績の取下げ → 理由（　　） □ その他（　　）
2			年　月	0		□ 訪問介護相当サービス □ 通所介護相当サービス □ 訪問型サービスＡ	□ 請求誤りによる実績の取下げ → 理由（　　） □ その他（　　）
3			年　月	0		□ 訪問介護相当サービス □ 通所介護相当サービス □ 訪問型サービスＡ	□ 請求誤りによる実績の取下げ → 理由（　　） □ その他（　　）
4			年　月	0		□ 訪問介護相当サービス □ 通所介護相当サービス □ 訪問型サービスＡ	□ 請求誤りによる実績の取下げ → 理由（　　） □ その他（　　）
5			年　月	0		□ 訪問介護相当サービス □ 通所介護相当サービス □ 訪問型サービスＡ	□ 請求誤りによる実績の取下げ → 理由（　　） □ その他（　　）
6			年　月	0		□ 訪問介護相当サービス □ 通所介護相当サービス □ 訪問型サービスＡ	□ 請求誤りによる実績の取下げ → 理由（　　） □ その他（　　）
7			年　月	0		□ 訪問介護相当サービス □ 通所介護相当サービス □ 訪問型サービスＡ	□ 請求誤りによる実績の取下げ → 理由（　　） □ その他（　　）
8			年　月	0		□ 訪問介護相当サービス □ 通所介護相当サービス □ 訪問型サービスＡ	□ 請求誤りによる実績の取下げ → 理由（　　） □ その他（　　）
9			年　月	0		□ 訪問介護相当サービス □ 通所介護相当サービス □ 訪問型サービスＡ	□ 請求誤りによる実績の取下げ → 理由（　　） □ その他（　　）
10			年　月	0		□ 訪問介護相当サービス □ 通所介護相当サービス □ 訪問型サービスＡ	□ 請求誤りによる実績の取下げ → 理由（　　） □ その他（　　）

※ ＦＡＸでの受付はいたしません。
※ 国保連合会から、返戻・保留になっていないことを確認してからご提出ください。
※ 事業者番号ごとに作成し、被保険者番号・サービス提供年月等、間違いのないよう記載してください。
※ 総合事業サービス費を誤って介護予防サービス費で請求した場合の過誤は、「介護給付費過誤申立書」をご提出ください。
※ Ｈで始まる被保険者番号の過誤は、生活福祉課での取扱いとなります。

【問合せ先】
〒567-8505　大阪府茨木市駅前三丁目８番13号
茨木市健康福祉部長寿介護課　給付係
電話　０７２－６２０－１６３９（直通）