

坂城町介護保険過誤申立書

(年 月提供分)

下記の事項について、長野県国民健康保険団体連合会への過誤申立書の提出を申請します。

坂城町長 山 村 弘 様

年 月 日

住 所

事業所名

印

(事業所番号 :)

電 話

※受給者台帳の誤りによる申立て以外は、代表者印を押印してください。

記

1. 対 象 者

○別 紙 (計 枚) に記載のとおり (延べ 人)

○被保険者

住 所

氏 名

(被保険者番号)

2. 申立てをするサービスの内容

○別 紙 (「介護保険審査増減単位通知書」等) のとおり

3. 申立てをする理由 (該当する事項の□にチェック印)

受給者台帳の登録誤り

請求誤りによる実績取下げ

その他の事由による実績取下げ

(事由 :)