

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立依頼書

令和 年 月 日

(宛先) 静岡市長

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤申立を依頼します。

事業所番号									
事業所名称									
電話番号									
担当者氏名									

	被保険者番号	被保険者名	サービス 提供年月	申立事由コード(※)		申立理由(具体的に)
				様式番号	申立事由	
1			年 月			
2			年 月			
3			年 月			
4			年 月			
5			年 月			
6			年 月			
7			年 月			
8			年 月			

※申立事由コード

様式番号

10	訪問介護相当サービス・生活援助型訪問サービス・通所介護相当サービス・運動型通所サービス・サロン型通所サービス
20	介護予防ケアマネジメント費

申立事由

02	請求誤りによる実績取下げ
99	その他の事由による実績の取下げ

【送付先】

静岡市役所
 介護保険課 給付・認定係
 電話 054-221-1374
 FAX 054-221-1298