

事業者→保険者(三鷹市132043)

(枚目 / 枚)

介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立依頼書

年 月 日

(あて先)三鷹市長

事業所名		事業所番号	
事業所所在地	〒	電話番号	
		担当者名	

次の介護予防・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。

	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 ※1	過誤申立事由 ※2	再請求
1			年 月			する ・ しない
2			年 月			する ・ しない
3			年 月			する ・ しない
4			年 月			する ・ しない
5			年 月			する ・ しない
6			年 月			する ・ しない
7			年 月			する ・ しない
8			年 月			する ・ しない

※1 総合事業費申立事由コード表を参照し、該当コードを記入してください。 ※2 申立理由を記入してください。

申請締切は毎月20日(土日祝日の場合は直前の開庁日)です。
翌月10日までの国民健康保険団体連合会への再請求が可能です。

三鷹市記入欄

受付	入力	確認	備考欄

《問合せ・提出先》
三鷹市 健康福祉部 介護保険課 介護給付係
〒181-8555 東京都三鷹市野崎一丁目1番1号
TEL 0422-45-1151(内線2684～2686)

受領印