

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

裾野市長 殿

年 月 日

事業者番号
事業者名	
所在地	〒
連絡先	() -

下記の介護予防・日常生活支援総合事業について、過誤を申し立てます。

	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	様式番号	申立理由番号
1		平成 年 月		
2		平成 年 月		
3		平成 年 月		
4		平成 年 月		
5		平成 年 月		
6		平成 年 月		
7		平成 年 月		
8		平成 年 月		
9		平成 年 月		
10		平成 年 月		

様式番号	様式名称
10	様式第二の三 介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
20	様式第七の三 介護予防ケアマネジメント費

申立理由番号	内容
02	請求誤りによる実績取り下げ
99	その他の事由による実績の取り下げ

※ 様式番号、申立理由番号については、一覧表を参照のうえ記入してください。