# 介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

糸 魚 川 市　　様

保険者番号　152165
保 険 者 名　糸魚川市
TEL　025-552-1511

下記のとおり、過誤申立を行います。
この申立により、利用者が市から支給されている高額介護(予防)サービス費に返還が生じる場合は、当事業所より利用者に説明します。

令和　　年　　月　　日

事業所番号
事 業 所 名
TEL

| 事業所番号 | 被保険者番号<br>被保険者氏名 | サービス提供年月 | 申立理由コード | 識別番号 | 申立理由 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |