

事業所 → 保険者 → 連合会
船橋市介護保険課 へ
(保険者番号：122044)

介護給付費過誤申立書

計	件
---	---

ページ	/	ページ中
-----	---	------

令和 年 月 日
下記の介護(予防)給付について、過誤を申立てます。

事業所番号			
事業所名			
電話番号		担当者	

番号	被保険者番号	被保険者氏名(カナ可)	サービス提供年月(和暦)	申立事由コード	申立事由	再請求(有/無)
1			令和 年 月			
2			令和 年 月			
3			令和 年 月			
4			令和 年 月			
5			令和 年 月			
6			令和 年 月			
7			令和 年 月			
8			令和 年 月			
9			令和 年 月			
10			令和 年 月			

- ※ 船橋市役所本庁介護保険課の窓口へ持参または郵送にて提出してください。
- ※ 締め切りは毎月20日(休日と重なる場合はその直前の平日)の3業務日前必着とします。
- ※ 被保険者番号順で記載してください。(同一被保険者の項目が複数ある場合はサービス提供年月順)

提出先：船橋市役所 介護保険課 給付係
〒273-8501 船橋市湊町2丁目10番25号
電話：047-436-2304

