

(記載例)

介護予防・生活支援サービス費 過誤申立連絡票

介護保険課への提出
年月日を記載して
ください。

令和〇〇年〇〇月△△日

鳥栖地区広域市町村圏組合
介護保険課 地域支援係 様

サービス事業所番号と
事業所名を記入してく
ださい。

〔事業所番号〕 **4 1 1 2 3 4 5 6 7 8**

〔事業所名〕 **△△事業所** 印

サービス提供年月を
記載してください。

各サービスの請求明細書の様
式番号を記載してください。

提供サービスの種類
を記載してください。

過誤の理由を記載して
ください。

下記の介護予防・生活支援サービス費について過誤申立（取
消）

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	請求明細書様式	提供サービス	過誤申立理由
0 9 0 1 2 3 4 5 6 7	〇〇 〇〇〇	□□年〇月	様式〇〇	自立支援 訪問型サービス	サービスコード誤りのため
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			

※提出される際は、請求明細書様式欄に記載した介護予防・生活支援サービス費請求明細書の正と誤を必ず添付してください。

介護予防・生活支援サービス費 過誤申立連絡票

令和 年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合
介護保険課 地域支援係 様

〔事業所番号〕

〔事業所名 〕

印

下記の介護予防・生活支援サービス費について過誤申立（取り下げ）して下さい。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	請求明細書様式	提供サービス	過誤申立理由
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			

※提出される際は、請求明細書様式欄に記載した介護予防・生活支援サービス費請求明細書の正と誤を必ず添付してください。