

# 介護給付費過誤申立連絡票

年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合  
介護保険課 給付係 様

〔事業所番号〕

〔事業所名〕

下記の介護給付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
0 9 0		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給付費請求明細書の正と誤を必ず添付してください。