

(記載例)

# 介護給付費過誤申立連絡票

介護保険課への提出年月日を記載する。

□□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] **4 1 1 2 3 4 5 6 7 8**

[事業所名] **△△居宅介護支援事業所**

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。

サービスの提供月を記載する。

各サービスの請求明細書の様式番号を記載する。

提供サービスの種類を記載する。

過誤を申し立てる理由を具体的に記載する。

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	様式第七	居宅介護支援	特定事業所加算(I)算定誤りのため
		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給付費請求明細書の正と誤を必ず添付してください。