

事業所 → 保険者

### 介護給付費等取下げ依頼書

保険者番号	1	2	2	0	3	6
保険者名	市川市					

事業所番号	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
事業所名称	〇〇〇〇〇									
事業所所在地	〒272-8501 千葉県市川市八幡1丁目1番1号 〇〇ビル 101号									
連絡先(電話番号)	047-334-1111									
担当者名	〇〇〇〇〇									

既に支払決定を受けております介護給付費明細書について、  
下記サービス利用者分の過誤調整を依頼します。

年 月 日

被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月 (和暦)	申立事由 (どちらかに✓)	申立理由
0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 <b>市川 花子</b>	R4年 4月	<input checked="" type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	<b>〇〇〇加算を取り忘れたため</b>
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	
	年 月	<input type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	
	年 月	<input checked="" type="checkbox"/> 請求誤り <input type="checkbox"/> 適正化(縦覧点検・医療突合・実地指導等による)	

※同一の審査月に、過誤申立と給付管理票の修正等を行えません。提出時期を調整してください。

1	枚中	1	枚目
---	----	---	----