

介護給付費過誤申立書（通常過誤・同月過誤）

※同月過誤とは、原則多数の過誤が発生した場合に限る

保険者番号	212126
保険者名	土岐市

事業所番号	
事業所名称	
所在地	
電話番号	
担当者	

年 月 日
下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

	被保険者番号	被保険者氏名	生年月日	サービス提供月	サービス種類	過誤単位数	正規単位数	取下げ理由
(例)	1200123456	土岐 太郎	昭和10年10月10日	令和7年4月	通所介護	50,000	45,000	請求誤りのため
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								