## 介護予防•日常生活支援総合事業費明細書過誤調整依頼書

事業所番号

枚目

保険者番号 4 6 2 0 8 5 保険者名 出水市										
						事業所名	吕称			
/ 5 5 5 5 5	\ <del>2</del> 114	\D =.0	,			事業所所	在地	₹		
( 同月過誤	· 通常	過誤	)							
						連絡先(電話	番号)			•
										担当者印
既に支払決定を受けております介詞	<b>進予防・日常生活</b>	支援総合	事業書	*明細書	について、下記サ-	- ビス利用者分	の過	<u> </u>	_	
	支了例 口而工程	人」及心口	1 7 ~ 5	로 기가띠 EI			年	展開張を展視します。 <b>月</b>	。 日	
					I.	1 4 H	•	,,		
被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供	<b>共年月</b>	申立事	由コード	\$		申立	事由		
	サービス提供	共年月 月	申立事	由コード	>		申立	事由		
			申立事	曲コード	\$		申立	事由		
	年	月	申立事	曲コード 	\$		申立	事由		
			申立事	曲コード	\$		申立	事由		
	年 年	月月	申立事	曲コード	*		申立	事由		
	年	月	申立事	曲コード	\$ ·		申立	事由		
	年   年   年   年	月 月 月	申立事	曲コード	*		申立	事由		
	年 年	月月	申立事				申立	事由		
	年   年   年   年	月 月 月	申立事				申立	事由		

1 本様式は、保険者ごとに作成して、当該保険者(市町村)の介護保険担当課(係)へ提出してください。

2 過誤調整を行わずに再請求されると重複請求になりますのでご注意ください。

3 申立事由コードは、別紙コード表により記入してください。