

# (記入例)

## 介護給付費過誤申立書

柏市長 あて

令和 年 月 日

下記の介護給付について、過誤を申

国保連へ請求した  
年月を記載する

事業者名称	
事業者番号	
所在地	〒
電話番号	
担当者氏名	

被保険者番号	被保険者氏名	サービス 提供年月	請求年月 (審査年月)	申立事由 コード	申立事由
		R H 年 月	R H 年 月		
		R H 年 月	R H 年 月		

過誤申立事由コード一覧表  
を参考に記載する  
(必ず記入してください)

申立の理由を簡単に  
記載する

- ・介護給付費過誤申立書の提出は、毎月15日受付分で締め切ります。(15日が閉庁日の場合はその翌開庁日)
- ・介護給付費過誤申立書は、持参または郵送で受け付けます。

【問い合わせ・提出先】 柏市役所高齢者支援課 介護サービス担当  
電話 04-7167-1135