

粕屋町長様

事業所番号	
事業所名称	
代表者名	㊞
連絡先	
担当者名	

{ 介護給付費請求書 ・ 介護給付費明細書 } の取消依頼について

審査決定した介護報酬請求に誤りがありましたので、下記のとおり請求の取消を依頼します。  
取消内容の詳細については、別紙の過誤申立書及び介護給付費明細書のとおりです。

過誤処理方法	通常過誤 ・ 同月過誤
処理依頼件数	件
誤保険請求額(既請求額) A	円
正保険請求額(再請求予定額) B	円
差額 (A-B)	円
再請求予定年月	年 月
取消の主な理由 ※詳細は過誤申立書に記入	請求誤り ・ 指導等による返還
備考	

\* 提出書類

- ① {介護給付費請求書・介護給付費明細書}の取消依頼について
- ② (通常・同月)過誤申立書
- ③ 国保連合会に提出した介護給付費明細書(伝送・磁気での請求の場合は印刷したもの)  
(過誤の箇所に朱書きで訂正したもの。過誤依頼の全件分を提出して下さい。)