

|                |     |   |   |   |   |   |          |   |  |  |
|----------------|-----|---|---|---|---|---|----------|---|--|--|
| 市町名または福祉事務所名   | 草津市 |   |   |   |   |   |          |   |  |  |
| 市町番号または福祉事務所番号 | 2   | 5 | 2 | 0 | 6 | 4 | 福祉事務所コード | 0 |  |  |

<申請日>

介護給付等自立支援給付費過誤申立書

|         |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 指定施設の名称 |  | 事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

下記のとおり当事業所請求分の介護給付等自立支援給付費について過誤(取下)申請します。

過誤申請対象となる介護給付等自立支援給付費請求情報の内容

| サービス提供年月      |  |   |    | 法区分 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 利用者氏名 (フリガナ) | 過誤申立事由 |  |  |  |  |
|---------------|--|---|----|-----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--------|--|--|--|--|
|               |  | 年 | 月分 |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
|               |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
|               |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
|               |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
|               |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
|               |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
|               |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
|               |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
|               |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
|               |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
|               |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
|               |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
|               |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
|               |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |
| その他備考(処理希望月等) |  |   |    |     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |        |  |  |  |  |