

過 誤 申 立 書

【 再請求 : 有(減額・増額・その他) 無】

西東京市健康福祉部
 高齢者支援課 介護指導給付係行
 FAX 番号 042-420-2894
 (保険者番号 132290)

依 頼 日	令和 年 月 日
事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

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	フリガナ	サービス提供年月	サービス種類名 (例 訪問介護)	申 立 事 由
	被保険者氏名			
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

保険者記入欄		
申立事由コード	実績	入力

※被保険者番号順に記入してください。一人の被保険者につき、複数月ある場合は、サービス提供年月順に記入してください。
 ※サービス種類名は正しく記入してください。