

(提出年月日)
年 月 日

(保険者名・福祉事務所名)

大紀町長 様

事業所番号	
事業所名称	
事業所の所在地及び連絡先	TEL

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書同月過誤返戻依頼書

下記の明細書は、申立理由のとおり記載誤りがありましたので、同月過誤返戻処理をお願いいたします。

サービス提供年月分	年 月 分	※サービスを提供した月を記入。
請求月	年 月	※国保連合会に請求した月を記入。
(フリガナ)		
被保険者氏名		
被保険者番号		
サービス提供様式 (明細書の様式にチェックしてください)	介護予防・日常生活支援総合事業費明細書 様式 ☐ 2の3 ☐ 7の3	
申立理由		

※ この依頼書は被保険者毎に作成してください。

※ 同月過誤処理は同月内において取り下げの過誤処理と介護給付費の再請求処理を同時に行いますので、保険者と調整の上、処理月の5日までに当月分とは別の請求書により再請求を行ってください。