事業者→島本町

年　　月　　日

介護予防・日常生活支援総合事業　介護給付費過誤申立書　（過誤・同月過誤）※いずれかに〇印

事業所番号	
事業者名	
所在地	〒
連絡先（電話番号）	
担当者氏名	

島本町健康福祉部いきいき健康課長　様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

証記載保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	様式番号	申立事由

様式番号

10	様式第二の三	A1訪問型サービス(みなし)，A2訪問型サービス(独自)，A3訪問型サービス(独自/定率)，A4訪問型サービス(独自/定額)，A5通所型サービス(みなし)，A6通所型サービス(独自)，A7通所型サービス(独自/定率)，A8通所型サービス(独自/定額)，A9その他の生活支援サービス(配食/定率)，AAその他の生活支援サービス(配食/定額)，ABその他の生活支援サービス(見守り/定率)，ACその他の生活支援サービス(見守り/定額)，ADその他の生活支援サービス(その他/定率)，AEその他の生活支援サービス(その他/定額)
20	様式第七の三	AF介護予防マネジメント

申立事由

大阪府国民健康保険団体連合会のホームページを確認の上、番号及び理由を記載してください。