

過誤申立兼受給者情報訂正依頼書（介護予防・日常生活支援総合事業費）

事業所番号										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名		担当者名	
住 所		電話番号	
		F A X	

別紙のとおり、計 名分の過誤申立・受給者情報訂正を依頼します。

添付書類	過誤申立兼受給者情報訂正依頼書（介護予防・日常生活支援総合事業費）（別紙）	【 枚 数 】	枚
	その他（)	【 枚 数 】	枚

過誤申立兼受給者情報訂正依頼書（介護予防・日常生活支援総合事業費）

事業所名（ ）

枚中 枚

番号	被保険者番号										フリガナ 氏名		生年月日		依頼内容				
													年 月 日		過誤申立	事由 (台帳誤りによる過誤調整・誤請求による実績取下・その他実績取下)			
														台帳修正	エラーコード ()				
年 月 利用										サービスの種類				備考					
年 月 審査分										添付資料									
江別市記入欄										エラーコード		資格確認	認定申請日	認定決定日	ケアプラン(届出日)	減額減免(処理日)	区分変更申請	旧措置	施設入所
															有() 無	有() 申請中・無	無 申請中	該当 非該当	特・老 療・無
番号	被保険者番号										フリガナ 氏名		生年月日		依頼内容				
													年 月 日		過誤申立	事由 (台帳誤りによる過誤調整・誤請求による実績取下・その他実績取下)			
														台帳修正	エラーコード ()				
年 月 利用										サービスの種類				備考					
年 月 審査分										添付資料									
江別市記入欄										エラーコード		資格確認	認定申請日	認定決定日	ケアプラン(届出日)	減額減免(処理日)	区分変更申請	旧措置	施設入所
															有() 無	有() 申請中・無	無 申請中	該当 非該当	特・老 療・無