

No.

介 護 報 酬 過 誤 連 絡 票

年 月 日

太 子 町 長 様

|            |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番<br>号  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業者名       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地        |     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 連絡先<br>担当者 | TEL |  |  |  |  |  |  |  |  |

※どちらかに○して下さい。  
(同月過誤取下・後月過誤取下)

次の請求について、過誤取扱いをお願いします。

| 被 保 険 者 番 号       | サービス提供年月 | 申立事由コード | 申 立 事 由 |
|-------------------|----------|---------|---------|
| 被 保 険 者 名 ( カ ナ ) |          |         |         |
| <div></div>       | 年 月      |         |         |
| <div></div>       | 年 月      |         |         |
| <div></div>       | 年 月      |         |         |
| <div></div>       | 年 月      |         |         |
| <div></div>       | 年 月      |         |         |
| <div></div>       | 年 月      |         |         |

※ 同月分は毎月末日、後月分は毎月15日（土日祝日の場合はその前日）を期限とします。