（別紙）

保険者名（　　○　○　○　　）市・町・村　御中

申立年月日　　令和　○　年　○　月　○　日

事業所番号	04○○○○○○○○
事業所等所在地及び名称	○○○介護事業所
電話番号	○○○－○○○－○○○○

押印の有無については、保険者へ御確認願います。

過誤申立区分（該当する番号を○で囲む）	過誤処理実施年月（2.同月過誤を選択した場合は、記入された過誤処理実施年月が事業所の再請求提出年月となります。）
1. 通常過誤	令和　XX 年　△　月
2. 同月過誤	令和　　年　　月

注①　過誤申立区分に○のないものについては、全て通常過誤となります。

注②　過誤処理実施年月を記入する場合は、必ず保険者に確認のうえ記入願います。

介護給付費請求明細書の返戻依頼（請求取下げ）について

下記のとおり、介護給付費請求明細書を返戻くださるようお願いします。

サービス提供月	請求書様式番号	サービス種類	被保険者証番号	公費負担者番号	公費受給者番号	フリガナ 被保険者氏名	請求単位	返戻理由
RXX年△月	様式2号	訪問介護	1234567890			ミヤギ　タロウ 宮城　太郎	1，408	回数の算定誤りによる超過請求のため