

事業所⇒保険者⇒連合会

過誤申立書(介護予防・日常生活支援総合事業費)

【再請求：有 無】

P

品川区 あて

申立年月日 年 月 日

事業者番号									
名 称									
電話番号									
FAX番号									
担当者名									

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号									フリガナ 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由 コード	申立事由
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

(注意)

- ※ Hで始まる被保険者番号の過誤は生活福祉課 保護事務係の扱いです。
- ※ 提出締切:毎月15日(15日が土日・祝日の場合は直前の開庁日)必着

保険者
 品川区高齢者福祉課 介護給付係
 電話 03-5742-6927
 〒140-8715 品川区広町2-1-36