

過誤申立書（介護給付費）

介護給付と予防給付は「過誤申立書（介護給付費）」を、
総合事業は「過誤申立書（総合事業費）」を
使用してください。

品川区 あて

申立年月日 年 月 日

【再請求：有 無】

P

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	0	0	0	0	0	0	1	2	3	4	シガワ 太郎 品川 太郎	令和3年11月	1002	請求誤りのため
2							"				"	令和3年12月	"	"
3	0	0	0	0	0	0	1	2	3	4	シガワ ハナコ 品川 花子	令和2年8月	1099	品川区指導による指摘 (居宅支援費誤り)
4							"					令和2年9月	"	
5														
6														
7														
8														
9														
10														

被保険者番号順に
記入してください。

同一の被保険者で複数月にわたる場合は、
令和3年11月
令和3年12月
と、月ごとに記載してください。

申立の理由を簡単に記入してください。
(例：請求誤りのため、〇〇区指導による指摘、サービス実績がないため等)

上2桁に様式番号（サービス内容）、
下2桁には申立事由番号を記入してください。
※詳細は別紙「申立事由コードについて」を参照ください。

(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