

# 過 誤 申 立 書

計 件

頁番号 1 /

令和 年 月 日

武蔵野市健康福祉部高齢者支援課  
介護保険係（給付担当） 行き

（保険者番号：132035）

申立年月日 令和 年 月 日

下記の介護（予防）給付・総合事業について、過誤を申し立てます。

事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒 — —
電話番号	— —
FAX番号	— —
担当者名	

番号	被保険者番号	フリガナ	サービス提供月	サービス種類	申立事由 コード	申立事由（申立理由を具体的に）	再請求
		被保険者氏名					
1			平成 令和 年 月				有・無
2			平成 令和 年 月				有・無
3			平成 令和 年 月				有・無
4			平成 令和 年 月				有・無
5			平成 令和 年 月				有・無
6			平成 令和 年 月				有・無
7			平成 令和 年 月				有・無
8			平成 令和 年 月				有・無
9			平成 令和 年 月				有・無
10			平成 令和 年 月				有・無

[次頁： 有 無]

※ 保険者では、本帳票をもとに「過誤申立情報」を作成します。

保険者：武蔵野市

※ 提出は郵送でお願いします（個人情報のため、FAX不可）。また、受付締切りは原則毎月20日とします。

※ 過誤申立は審査月の翌月以降に提出して下さい。

電話番号（0422-60-1845）

住所：〒180-8777

武蔵野市緑町2-2-28

武蔵野市役所高齢者支援課

介護保険係 給付担当

# 過誤申立書(次葉)

令和 年 月 日

事業所番号									
事業所名称									

下記の介護(予防)給付・総合事業について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号	フリガナ	サービス提供月	サービス種類	申立事由 コード	申立事由(申立理由を具体的に)	再請求
		被保険者氏名					
			平成 年 月				有・無
			令和 年 月				有・無
			平成 年 月				有・無
			令和 年 月				有・無
			平成 年 月				有・無
			令和 年 月				有・無
			平成 年 月				有・無
			令和 年 月				有・無
			平成 年 月				有・無
			令和 年 月				有・無
			平成 年 月				有・無
			令和 年 月				有・無
			平成 年 月				有・無
			令和 年 月				有・無
			平成 年 月				有・無
			令和 年 月				有・無