

介護報酬過誤連絡票

年 月 日

大阪狭山市高齢者福祉グループ あて

事業者名										
事業所番号										
連絡先	電話番号 — —									
担当者										

次の請求については、過誤取扱いをお願いします。【 通常処理 ・ 同月処理 】

被 保 険 者 番 号	サ ー ビ ス 提 供 年 月 日	申 立 事 由 コ ー ド				申 立 事 由
被 保 険 者 名						
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					