

過誤（返戻）依頼票（事業者→長野市）

再請求予定月 年 月

過誤の種類 同月過誤 ・ 通常過誤

事業所名称		事業所番号										サービスの種類：
担当者氏名		電話番号									(サービスコード：)	
過誤申立の具体的な事由（理由）												

※被保険者ごと、サービス提供年月順に記載してください。

No.	サービス提供年月	被保険者番号	被保険者氏名	減算箇所	誤算定単位数A	正算定単位数B	差額A－B
1	年 月				単位	単位	単位
2	年 月				単位	単位	単位
3	年 月				単位	単位	単位
4	年 月				単位	単位	単位
5	年 月				単位	単位	単位
6	年 月				単位	単位	単位
7	年 月				単位	単位	単位
8	年 月				単位	単位	単位
9	年 月				単位	単位	単位
10	年 月				単位	単位	単位

※ 過誤（返戻）依頼票締切日（介護保険課必着）

同月過誤は【毎月最終営業日】

通常過誤は【毎月15日（土・日・祝日の場合は前営業日）】

提出先

〒380-8512
 長野市大字鶴賀緑町1613番地
 長野市役所保健福祉部 介護保険課給付担当
 メール：kaigo@city.nagano.lg.jp
 FAX：026（224）8694
 ※メール、郵送、FAX可（送付状不要）

過誤の種類、給付管理票の修正時期等、詳細は長野市介護保険課ホームページ「過誤調整について」をご覧ください。

メール、FAXで送信する場合は、送信先の誤りにご注意ください。