

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	誤り箇所	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。

※ 過誤（返戻）依頼票締切日（介護保険課必着）

同月過誤：【毎月最終営業日】

通常過誤：【毎月15日（土日祝日の場合は前営業日）】

提出先(送付状不要)

〒380-8512 長野市大字鶴賀緑町1613番地 長野市役所介護保険課給付担当

メール:kaigo@city.nagano.lg.jp

FAX:026-224-8694