同月過誤処理依頼書

八代市長　様

当事業所において判明した誤請求伴い、介護給付費請求に多額の自主返還金が生じましたので、同月過誤処理を依頼します。

なお、過失があった場合には当事業所の責任とし、一切の申立をいたしません。

令和　　　年　　　月　　　日

事業所所在地：

事業所番号：

事業所名：

代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

担当者名：

連絡先電話番号：

【同月過誤処理対象月及び対象人数並びに見込件数】

対象月：　平成・令和　　　年　　　月　～　平成・令和　　　年　　　月

対象人数：　　　　　　　　名

見込件数：　　　　　　　　件

【同月過誤を依頼する理由】

【減額となる内容】

（対象となるサービスコードも記載）