※介護予防・日常生活支援総合事業分については、様式は別様式となりますが、介護給付分と見方は同様となります。

介護給付費過誤決定通知書（平成３０年５月取扱分）

過誤申立てについては、下記のとおり決定しましたので通知します。

事業所番号	事業所名
9970000000	□□介護事業所

平成３０年６月３０日

〇〇県国民健康保険団体連合会

証記載保険者番号 保険者名	被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス 種類名	過誤申立事由	単位数 （特定入所者介護費等）	保険者負担額 （公費負担額）	備　考