同月過誤処理依頼書

宇城市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　日

事業所所在地：

事業所番号：

事業所名：

代表者名：　　　　　　　　　　　印

担当者名：

連絡先電話番号：

　当事業所において判明した誤請求に伴い、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。

１．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 | 年　　　月　～　　　　年　　　月 |
| 対象人数 | 名 |
| 見込件数 | 件 |

２．同月過誤を依頼する理由