

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