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

介護給付費過誤決定通知書（令和　年　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
1070000000	□□介護事業所

令和　年　月　日

群馬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