

年 月 日

介護給付費等過誤調整計画書

猿 払 村 長 様

事業所番号

事業所名

担当責任者名

連絡先

⑩

1. 介護給付費等過誤調整の依頼理由

2. 介護給付費等過誤調整の処理年月

年 月処理

3. 過誤調整の方法について

(1) 通常過誤 一括処理

(2) 通常過誤 分割処理

※北海道国民健康保険団体連合会における処理の結果、支払額がマイナになる場合は、北海道国民健康保険団体連合会から送付される納付書に従い、一括して精算することといたします。