

介護給付費過誤決定通知書（平成24年5月取扱分）

過誤申立については、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
0870000000	いばらき国保介護事業所

平成24年6月20日

1 頁

茨城県国民健康保険団体連合会

証書記載保険者番号 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 (特定入所者介護サービス費)	保険者負担額 (公費負担者)	備 考
						<p>「合計欄」 上の表の合計が表示 されます。</p>	

		件数	単位数※1 (費用額)	保険者負担額
合計	介護給付費			
	特定入所者介護費等			

※特定入所者介護サービス等の場合は金額が印字される。