

## 介護給付費過誤決定通知書（令和3年5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
9970000000	□□介護事業所

令和3年6月30日

1 頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

		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。