年　　月　　日

介護給付費等過誤調整計画書

芦別市　　様

 事業所番号

 事業所名

 担当責任者名

 連絡先

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

* 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、支払額がマイナスになる場合は、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、一括して清算することとします。