

介護給付費過誤申立書

習志野市長宛て

令和 年 月 日

事業所住所

事業所名称

代表者印

指定事業所番号

電話番号

担当者氏名

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
1			年 月		
2			年 月		
3			年 月		
4			年 月		
5			年 月		
6			年 月		
7			年 月		
8			年 月		
9			年 月		
10			年 月		