介 護 保 険 介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

事業所名

（ 事業所番号　　） ㊞

所 在 地　〒　　ー

連 絡 先

大 鰐 町 長　殿

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和　　年　　月　　日

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	申立事由コード	過誤申立事由
0	0	0	0	0							年　月			
0	0	0	0	0							年　月			
0	0	0	0	0							年　月			
0	0	0	0	0							年　月			
0	0	0	0	0							年　月			
0	0	0	0	0							年　月			