

サービス事業者→保険者

介護給付費過誤申立書

大子町長 様

申 立 者	事業所番号													
	事業所名													
	所在地													
	連絡先													

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。 申立日 令和 年 月 日

No.	被保険者番号	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
	被保険者氏名（カナ）			
1		令和 年 月		
2		令和 年 月		
3		令和 年 月		
4		令和 年 月		
5		令和 年 月		
6		令和 年 月		
7		令和 年 月		
8		令和 年 月		
9		令和 年 月		
10		令和 年 月		