

介護給付費過誤申立書

高萩市長 宛て

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

平成 年 月 日
 (枚中 枚目)

事業所番号	
事業所名称	
事業所所在地	〒
連絡先	TEL : FAX : (担当 :)

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 (具体的に記入してください)
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		