

介護給付費過誤申立書

通常・同月

高萩市長 宛て

介護給付費について、下記のとおり過誤を申し立てます。

_____年 ____月 ____日 提出
(_____枚中 _____枚目)

事業所番号	
事業所名称	
事業者所在地	〒
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)
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

※訂正箇所を朱筆で訂正した給付費明細書等を添付してください。

【担当部署】 高齢福祉課 介護保険グループ 電話:0293-22-0080 FAX:0293-22-0700