介護給付費過誤申立書

事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒
連絡先	電話番号

結城市　　殿

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

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
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		