

介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

竹 原 市 長 殿

事業所番号	
事業所名	
担当者名	
所在地	〒
連絡先	

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

年 月 日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供月	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		
		年 月		

※ 修正・削除する請求明細書を添付すること。