介護給付費過誤申立書

年　　月　　日

中　井　町　長　　様

次のとおり介護給付に係る過誤がありましたので申し立てます。

事業所番号	
事業者名	
所在地	
電話番号	
担当者名	

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	過誤の内容
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		