事業所→保険者

介護給付費過誤申立書

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒　　－
連絡先	

古座川町　様

下記の介護給付について、過誤申立を希望します。

申立日
平成　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	サービスの種類	申立事由
		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		