

介護給付費過誤申立書

琴浦町長様

事業所番号										
事業所名										
所在地	〒									
電話番号										

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年 月 日

事業者番号										被保険者番号 被保険者氏名										サービス提供年月日		申立事由コード		申 立 事 由	
																		年	月					様式	号
																		年	月					様式	号
																		年	月					様式	号
																		年	月					様式	号
																		年	月					様式	号
																		年	月					様式	号
																		年	月					様式	号
																		年	月					様式	号
																		年	月					様式	号