

介護給付費過誤申立書(通常過誤)

行方市長 殿

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年 月 日

事業所番号									
事業所名									
所在地	〒								
連絡先	TEL						FAX		

No.	被保険者番号	サービス提供年月	申立事由コード				申立事由
	被保険者氏名(カナ)						
1		年 月					
2		年 月					
3		年 月					
4		年 月					
5		年 月					
6		年 月					
7		年 月					
8		年 月					
9		年 月					
10		年 月					