

介護給付費過誤申立書(同月過誤)

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						