

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		令和 年 月		
2		令和 年 月		
3		令和 年 月		
4		令和 年 月		
5		令和 年 月		
6		令和 年 月		
7		令和 年 月		
8		令和 年 月		
9		令和 年 月		
10		令和 年 月		