介護給付費過誤申立書

壬　生　町　長　　様

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒　　ー
連絡先	電話番号　　ー　　ー

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		
	年　　月		