

介護給付費過誤申立書

潮来市長 様

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
電 話	
担当者	

(申立日)

令和 年 月 日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

	事業所番号	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 (カタカナ)			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					