介護給付費過誤申立依頼書

事業者番号										
事業者名										
所在地	〒　　—									
連絡先	電話番号	—　　—								

依頼申立日	
年　　月　　日	
過誤処理	1. 通常　　2. 同月

串本町長　様

下記の介護給付について、過誤申立を依頼します。

事業者番号	被保険者番号 氏名	サービス提供年月日	サービスの種類	申立事由
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		