

介護給付費過誤申立依頼書

串本町長 様

依頼申立日		
年	月	日
過誤処理	1. 通常	2. 同月

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

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						