介護保険事業所→保険者

# 介護給付費過誤申立書

| | |
|---|---|
| 事業所番号 | |
| 事業所名 | |
| 所在地 | 〒　　－ |
| | |
| 連絡先 | 電話番号 |

大田原市長　様

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<br>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 | | |