介護給付費過誤申立書

介護保険事務所→保険者

塩谷町長　様

事業所番号										
事業所名称										
事業所所在地	〒									
連絡先	TEL：									

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　（具体的に記入してください）
											年　月					
											年　月					
											年　月					
											年　月					
											年　月					
											年　月					
											年　月					
											年　月					
											年　月					
											年　月					