

介護給付費過誤申立書（通常過誤・同月過誤）

（あて先）

開成町長

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年 月 日

依頼事業者	事業所番号														
	事業所名称														
	所在地														
	連絡先	(電話番号)											(担当者)		

No.	被保険者番号 被保険者氏名(カナ)	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
1		年 月		
2		年 月		
3		年 月		
4		年 月		
5		年 月		
6		年 月		
7		年 月		
8		年 月		
9		年 月		
10		年 月		

No.	被保険者番号 被保険者氏名(カナ)	サービス提供年月	申立事由コード	申 立 事 由
11		年 月		
12		年 月		
13		年 月		
14		年 月		
15		年 月		
16		年 月		
17		年 月		
18		年 月		
19		年 月		
20		年 月		
21		年 月		
22		年 月		
23		年 月		
24		年 月		
25		年 月		