事業所→保険者

枚中　　枚目

介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

事業所番号	
事業所名	
所在地	
電話番号	
担当者名	

土 佐 清 水 市 長　　様

つぎ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
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		