事業所　→　保険者

介護給付費過誤申立書

事業所番号										
事業所名称										
所在地	〒									
電話番号										

岩出市長　　中芝　正幸　　様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

過誤種類	
通常	同月

申立日										
			年			月			日	

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類	申 立 事 由
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		