

## 介護給付費過誤申立書

( あて先 ) 玉 村 町 長

事業者名	
電話番号	— —

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

\_\_\_\_\_ 年 月 日

事業所番号	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		

※介護給付費明細書(再提出用の写し)等、過誤申立理由が分かるものの添付をお願いします。