

介護給付費過誤申立依頼書

玉村町長 様

下記の介護給付費について、過誤申し立てを依頼いたします。

事業所番号	1000000000
事業所名	デイサービス玉村町役場
電話番号	0000-00-0000
担当者名	玉村 町子

※10桁の番号を記載してください

※正式名称を記載してください

※担当者に直接繋がる番号を記載してください

□ 通常過誤

■ 同月過誤

■ 国保連合会の了承（同月過誤の場合）

令和7年 2月 1 日

[illegible]