事業所　→　保険者

介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

枚中　枚目

事業所番号	
事業所名	
所　在　地	〒
電 話 番 号	
担 当 者 名	

宿毛市長　様

下記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	備 考
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		