事業所 → 保険者

同月過誤取下用介護給付費過誤申立書

宿毛市長　様

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

つぎの介護給付について、同月過誤取り下げを申し立てます。　　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		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		