事業所　→　保険者

介護予防・日常生活支援総合事業費　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

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、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	１０	
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		