

介護給付費過誤申立書（通常過誤・同月過誤）

高砂市長 様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年 月 日

事業者名	
所在地	〒
代表者名	印
電話番号	

事業所番号	被保険者番号		サービス提供年月	申立事由コード		申立事由
	被保険者氏名					
1			年 月			
2			年 月			
3			年 月			
4			年 月			
5			年 月			
6			年 月			
7			年 月			
8			年 月			
9			年 月			
10			年 月			

※介護給付費明細書（訂正前・訂正後）を添付してください。