

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	
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。