

# 介護給付費過誤申立依頼書

昭和村長 様

事業所番号	
事業所名称	印
所在地	
電話番号	
担当者氏名	

下記の介護給付について（通常・同月）過誤申立を依頼します。                      年    月    日

※同月過誤については事前にご相談ください。

No.	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	申立事由コード	申立事由
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		

※今回過誤取り下げをする介護給付明細書を添付してください