

事業所 → 保険者

介護給付費過誤申立書

椎葉村長 殿

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和 年 月 日

※どちらかに必ずチェックを入れてください。

通常過誤 同月過誤

保険者番号	4	5	4	3	0	6
事業者名						
所在地						
連絡先	Tel					

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				
			年 月		
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
			年 月		
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
			年 月		
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
			年 月		