

平成 年 月 日

介護給付費過誤申立依頼書

< 同月過誤 ・ 通常過誤 >
※上記どちらかに○をして下さい。

滝沢市長 様

事業所番号	
事業者名	印
所在地	〒
電話番号	
担当者名	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス 提供年月	様式 番号	申立理由 番号	サービス種類	過誤申立の内容