

介護給付費過誤申立依頼書

会津美里町長

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
連絡先	電話番号

下記の介護給付について、過誤を申し立てをお願いいたしたく、依頼します。

年 月 日

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	申立事由コード	申立事由
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

※ 介護給付費明細書を添付してください。

(枚中 枚目)