介護給付費過誤申立書

様

事業所名	
所在地	〒
連絡先	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。　　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	請求点数	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			
		年　月			