（ 通常過誤 ・ 同月過誤 ）

事業所→保険者

介護給付費過誤申立書

日高町長 様

下記の介護給付について、次のとおり申し立てます。

申 立 日						
令和		年		月		日

事業所名	
担当者	
所在地	〒 ―
連絡先	TEL ― ―

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
		令和		年		月		
		令和		年		月		
		令和		年		月		
		令和		年		月		
		令和		年		月		
		令和		年		月		
		令和		年		月		
		令和		年		月		
		令和		年		月		
		令和		年		月		