介護保険事業所→保険者

介護給付費過誤申立書

事業所番号	
事 業 所 名	
所　在　地	〒
連　絡　先	電話番号

益子町長　殿

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年　　月　　日

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		
	年　月		