介護給付費過誤申立書

事業所番号	
事業所名称	
事業所 所在地	〒
担当者名	
電話番号	
ＦＡＸ番号	

久慈広域連合長　様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

申立年月日　　年　　月　　日

処理方法　　年　　月　□同月過誤　□通常過誤（希望の□にチェック）

証記載 保険者番号	被保険者番号	フリガナ 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		

証記載 保険者番号	被保険者番号	フリガナ 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		
			年　月		
			年　月		
			年　月		