

# 介護給付費過誤申立書

有田川町 様

事業所番号												
事業所名	印											
所在地	〒									-		
電話番号	(       )											

過誤処理	
1. 通常	2. 同月

次の介護給付について、次のとおり申し立てます。

被保険者番号											被保険者氏名											申立日	令和		年		月		日
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	----	--	---	--	---	--	---

サービス提供年月				提供したサービス名	申立事由	申立事由コード
		年	月			
		年	月			
		年	月			
		年	月			
		年	月			

備考
----