事業所 → 保険者

# 介護給付費過誤申立依頼書

| 事業所名 | |
|---|---|
| 担当者氏名 | |
| 所在地 | 〒　　－ |
| 連絡先 | 電話番号 |

美浜町　殿

| 申立日 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 年 | | | 月 | | | | 日 |

下記の介護給付について、過誤の申し立てを依頼します.

| 事業所番号 | 被保険者番号<br>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 | | |