介護給付費過誤申立依頼書

事業所番号	
事業所名	
電話番号	

東根市長　殿

下記の介護給付について、過誤申し立てを依頼します。　　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		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		
		年　　月		