

事業所→保険者

介護給付費過誤申立依頼書

川南町長 殿

事業者名	
所在地	〒
電話番号	
担当者氏名	

下記の介護給付費及び介護予防・日常生活総合事業費について、過誤申立を依頼します。平成 年 月 日

過誤区分	同月・通常
------	-------

事業所番号	被保険者番号	区分	サービス提供年月	サービス種類	申立事由
	被保険者氏名			請求明細様式番号	
		1.総合事業 2.介護予防 3.介護給付			
		1.総合事業 2.介護予防 3.介護給付			
		1.総合事業 2.介護予防 3.介護給付			
		1.総合事業 2.介護予防 3.介護給付			
		1.総合事業 2.介護予防 3.介護給付			