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	〒
連絡先	

下記の介護給付について、過誤申立てを依頼します。　　平成　年　月　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類	申立事由