介護給付費過誤申立依頼書

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
担当者名	

渋　川　市　長　　様

下記の介護給付費について、過誤の申し立てを依頼します。　　（ 同月 ・ 通常 ） 過誤

年　　月　　日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービスの種類	申立事由コード	申立事由	備考
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				
		年　月				