介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

事業所番号	
事業所名	
届出者	
所在地	
連絡先	TEL FAX

山 辺 町 長　　様

下記の介護給付について過誤を申し立てます。

令和　　年　　月　　日

過誤申出事項

被保険者番号 被保険者名	サービスの提供月	サービスの種類	申立事項
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		
	年　月		