

サービス事業所等 → 保険者

介護給付費過誤申立書

(あて先)
清水町長 様

申立者	事業所番号	
	事業所名	
	所在地	
	連絡先	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。 申立日 年 月 日

No.	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
1		年 月		
2		年 月		
3		年 月		
4		年 月		
5		年 月		
6		年 月		
7		年 月		
8		年 月		
9		年 月		
10		年 月		