介護保険事業者→保険者

介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

越　前　町　長　　殿

事業所番号	
事業所名	印
所 在 地	
担当者	
連 絡 先	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供月	申立事由コード	申立事由
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		