介護保険事業所→保険者

介護給付費過誤申立書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 | 〒 |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |

　　　　益子町長　殿

　下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |