介護給付費過誤申立依頼書

事業者番号	
事業者名	
電話番号	

大泉町長　様

下記の介護給付費について、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		