介護給付費過誤申立依頼書

留萌市長　様

事業所番号
事 業 所 名
所　在　地
連　絡　先

下記の介護給付費について、過誤を申立てます。　　令和　　年　　月　　日

事 業 所 番 号	被 保 険 者 番 号 被 保 険 者 名 （ カ ナ ）	サービス提供年月	申　　立 事由コード	申　立　事　由