事業者　→　保険者

介護給付費過誤申立書

保険者番号	4 5 2 0 6 0
事業者名	
所在地	
連絡先	

日向市長様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

令和　　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
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		