事業者→保険者

介護給付費過誤申立書

富里市長　様

事業者番号	
事業者名	印
事業所所在地	〒
連絡先	ー　ー

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

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
0000	平成 令和　年　月		
0000	平成 令和　年　月		
0000	平成 令和　年　月		
0000	平成 令和　年　月		
0000	平成 令和　年　月		
0000	平成 令和　年　月		
0000	平成 令和　年　月		
0000	平成 令和　年　月		
0000	平成 令和　年　月		
0000	平成 令和　年　月		