

介護給付費過誤申立書

(通常過誤 ・ 同月過誤)

(あて先)
可 児 市 長 様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

保険者番号					
2	1	2	1	4	2

年 月 日

依頼事業者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地										
	連絡先	(電話番号)									(担当者)

No.	被保険者番号 被保険者氏名(カナ)	サービス提供年月	請求点数(修正前)	申立事由
1		年 月		
2		年 月		
3		年 月		
4		年 月		
5		年 月		
6		年 月		
7		年 月		
8		年 月		

No.	被保険者番号 被保険者氏名(カナ)	サービス提供年月	請求点数(修正前)	申立事由
9		年 月		
10		年 月		
11		年 月		
12		年 月		
13		年 月		
14		年 月		
15		年 月		
16		年 月		
17		年 月		
18		年 月		
19		年 月		
20		年 月		