

介護給付費過誤申立依頼書

年 月 日

(宛先) 山武市長

事業所番号									
事業所名	印								
担当者名									
連絡先									

下記の介護給付費について、過誤の申立てを依頼します。

被 保 険 者 番 号										サービス提供年月		申立依頼事由コード				申 立 依 頼 事 由			
被 保 険 者 氏 名																			
										年 月									
										年 月									
										年 月									
										年 月									