# 介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

保険者番号

保険者名

TEL

糸 魚 川 市　　様

事業所番号

事業所名

TEL

下記の介護給付費について、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<br>被保険者氏名 | サービス提供年月 | 申立理由コード | 識別番号 | 申立理由 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |
| | | 年　月分 | | | |