

介護給付費過誤申立書

高石市長 宛

同月・通常過誤

令和 年 月 日

事業所番号

事業所名

代表者名

所在地

担当者名

電話番号

印

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

| 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 | | |
| | | 令和 年 月 | | |
| | | 令和 年 月 | | |
| | | 令和 年 月 | | |
| | | 令和 年 月 | | |

* 正誤明細書を添付してしてください。また、同月か通常のどちらかに○で囲んでください。