

過誤申立依頼書

当別町長様

事業所番号	
事業所名称	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

下記の介護給付について、過誤申立を依頼します。

被保険者番号	フリガナ	サービス提供月	申立事由コード	申立事由
	被保険者氏名			
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

※この依頼書に過誤申立前後の介護給付費明細書を添付してください。(正しいものと誤っているもの)