通常 介護給付費過誤申立書

利根町長　　様

年　　月　　日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

事業者名	
所　在	
連絡先	

事業所番号	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		