

## 介護給付費過誤申請書

浪江町長 様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年 月 日

通常過誤 ・ 同月過誤

サービス事業所番号		
サービス事業所名		
所 在 地	〒	
連 絡 先	電話番号	
担 当 者 氏 名		

※過誤申立事務の担当者氏名を記入してください。

保険者番号	被保険者番号	サービス提供年月日	申立事由コード				請 求 単 位	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						

※申立事由コード欄は記入しないでください。