受付印

# 介護給付費過誤申立書

（あて先） 米原市長

次の介護給付について、過誤を申し立てます。

| 通常過誤 | 同月過誤 |
|---|---|

令和　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 事業者番号 | |
| 事業者名 | |
| 担当者名 | |
| 所在地 | 〒　　－ |
| 電話番号 | |

| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供年月 | 提供したサービス名 | 申立事由 | 申立事由コード |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 平成・令和　年　月 | | | |
| | | 平成・令和　年　月 | | | |
| | | 平成・令和　年　月 | | | |
| | | 平成・令和　年　月 | | | |
| | | 平成・令和　年　月 | | | |
| | | 平成・令和　年　月 | | | |
| | | 平成・令和　年　月 | | | |
| | | 平成・令和　年　月 | | | |
| | | 平成・令和　年　月 | | | |
| | | 平成・令和　年　月 | | | |