

## 介護給付費過誤申立書（通常過誤・同月過誤）

（あて先）

安芸太田町長 様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

保険者番号					
3	4	3	6	8	1

令和 年 月 日

依頼者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地										
	連絡先	(電話)									(担当者名)

No.	被保険者番号 被保険者氏名(カナ)	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
1		令和 年 月		
2		令和 年 月		
3		令和 年 月		
4		令和 年 月		
5		令和 年 月		
6		令和 年 月		
7		令和 年 月		
8		令和 年 月		
9		令和 年 月		
10		令和 年 月		

