## 介護給付費過誤申立書

介護給付費審査委員会 殿

保険者番号			
保険者名			
電話番号			
担当者名			

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。 平成 年 月 日

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
		平成年月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成年月		
		平成年月		
		平成 年 月		