介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

保険者番号　１５３０７２

保 険 者 名　聖籠町

TEL　0254-27-2111

聖 籠 町 長　様

事業所番号

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。　　年　月　日

事 業 所 名

TEL

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	申立理由 コード	識別番号	申　立　事　由
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			