事業所→保険者

【 通 常 】

介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

香 美 市 長　様

令和　　年　　月　　日

事業所番号	
事業所名	
所在地	
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。

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供月							申立コード				申立事由	再請求
	平成・令和			年			月			0	2		増・同・減 なし
	平成・令和			年			月			0	2		増・同・減 なし
	平成・令和			年			月			0	2		増・同・減 なし
	平成・令和			年			月			0	2		増・同・減 なし
	平成・令和			年			月			0	2		増・同・減 なし
	平成・令和			年			月			0	2		増・同・減 なし
	平成・令和			年			月			0	2		増・同・減 なし
	平成・令和			年			月			0	2		増・同・減 なし
	平成・令和			年			月			0	2		増・同・減 なし
	平成・令和			年			月			0	2		増・同・減 なし