

介護給付費過誤申立依頼書

年 月 日

士別市長 様

事業所番号									
事業者名									
所在地	〒								
電話番号									
担当者名									

下記の介護給付費について、過誤の申立を依頼いたします。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	申立事由コード		申立理由
			様式番号	理由番号	
		令和 年 月			
		令和 年 月			
		令和 年 月			
		令和 年 月			
		令和 年 月			
		令和 年 月			
		令和 年 月			
		令和 年 月			
		令和 年 月			

☐ 過誤申立する内容が記載されている介護給付費明細書（朱書き等で訂正箇所が確認できるもの）を添付してください。