介護給付費過誤申立書

神石高原町長　様

事業者番号	
事業者名	
住所地	〒
連絡先	担当者名：　　電話：

次の給付費について，過誤を申し立てます。

年　　月　　日

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	申立点数	申　立　事　由
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			