

介護給付費過誤申立書

廿日市市長

次の介護給付について、

月審査での（ **通常・同月** ）過誤を申し立てます。
※いずれかを○で囲んでください

保険者番号					
3	4	2	1	3	9

令和 年 月 日

事業所番号	
事業所名称	
所在地	
担当者氏名	
連絡先	電話番号

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
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		

※ 提出〆切 : 通常過誤・・・審査月の15日 、 同月過誤・・・審査月の前月末（必着）