介護給付費過誤申立書（介護給付・予防給付用）

請求(過誤申立)事業所		
	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒
	連絡先	電話番号

さくら市長　様

下記の給付について、過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

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	申立事由コード	申立事由
		平成・令和　年　月		
		平成・令和　年　月		
		平成・令和　年　月		
		平成・令和　年　月		
		平成・令和　年　月		
		平成・令和　年　月		
		平成・令和　年　月		
		平成・令和　年　月		
		平成・令和　年　月		
		平成・令和　年　月		