事業者　→　保険者

介護給付費過誤申立書（依頼書）

事業所番号	
事業所名	印
所在地	〒
連絡先	TEL

大田市長　様

下記の介護給付について、過誤の申し立てを依頼します。　　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
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		