介護給付費過誤申立書

那珂川町長　様

事業所番号										
事 業 所 名										
所　在　地	〒									
連　絡　先	ー　　ー									

下記の介護給付について、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					