

事業者 ⇒ 保険者

令和 年 月 日

介護給付費過誤申立書

芝山町長 様

事業所番号	
事業者名	
所在地	
連絡先	

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

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		
																				令和	年	月						
																				令和	年	月						
																				令和	年	月						
																				令和	年	月						
																				令和	年	月						