介護給付費過誤申立書（　通常　・　同月　）

安八郡広域連合　殿

事業所番号	
事業所名	㊞
所在地	
電話番号	
担当者名	

令和　　年　　月　　日

下記の介護給付費について過誤を申し立てます。

	被保険者番号	被保険者名	生年月日	ｻｰﾋﾞｽ種類名	ｻｰﾋﾞｽ提供月	申し立て事由ｺｰﾄﾞ	申し立て事由