|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業者名 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 電話 |
| 担当者名 |  |

**介護給付費過誤申立書**

**狭山市長　宛**

**下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。（　通常　・　同月　）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **証記載保険者番号** | **被保険者番号****被保険者氏名** | **サービス提供年月** | **請求単位数** | **特定入所者介護費等****（旧：食事提供費）** | **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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |