

介護給付費過誤申立書

狹山市長 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

事業者番号	
事業者名	
所在地	
連絡先 担当者名	電話

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
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 100%; width: 100%;"></div>	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					
	年 月					