令和　　年　　月　　日

# 介護給付費過誤申立依頼書

山 田 町 長　　様

| | |
|---|---|
| 事業所番号 | |
| 事業者名 | |
| 所在地 | 〒　　－ |
| 電話番号 | |
| 担当者名 | |
| 同月過誤 | 通常過誤 |

次の介護給付について、過誤調整が必要ですので手続きについてよろしくお願いします。

| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供月 | 申立事由コード | サービスの種類 | 過誤申立の内容 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 令和　　年　　月 | | | |
| | | 年　　月 | | | |
| | | 年　　月 | | | |
| | | 年　　月 | | | |
| | | 年　　月 | | | |
| | | 年　　月 | | | |
| | | 年　　月 | | | |
| | | 年　　月 | | | |
| | | 年　　月 | | | |
| | | 年　　月 | | | |