

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									

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

[illegible]