**介護給付費過誤申立書(通常過誤・同月過誤)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼事業者 | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |  |
| 　　所　在　地 |  |
| 　　連　絡　先 | (電話番号） | (担当者名) |

 (あて先)

北広島町長　様

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

|  |
| --- |
| 保険者番号 |
| ３ | ４ | ３ | ６ | ９ | ９ |

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号被保険者氏名 | サービス提供年月 | 申立事由コード | 申　立　事　由 |
| ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  | 令和　　　年　　　月 |  |  |
|  |
| ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  | 令和　　　年　　　月 |  |  |
|  |
| ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  | 令和　　　年　　　月 |  |  |
|  |
| ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  | 令和　　　年　　　月 |  |  |
|  |
| ０ | ０ | ０ | ０ | ０ |  |  |  |  |  | 令和　　　年　　　月 |  |  |
|  |