介護給付費過誤申立書（通常過誤・同月過誤）

（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

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）

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		