介護保険事業者→保険者

介 護 給 付 費 過 誤（通常・同月）申 立 書

【再請求の有無： 有　 無 】

事業所番号	
事業所名	㊞
所 在 地	〒
連 絡 先	TEL

城里町長　様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　（再請求年月　令和　　年　　月）　　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				
	年　月					
	年　月					
	年　月					
	年　月					
	年　月					
	年　月					
	年　月					
	年　月					
	年　月					