

介護給付費過誤申立書

長井市福祉生活あんしん課 行

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。 令和 年 月 日

| 保険者番号 | | | | | | 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 | 6 | 2 | 0 | 9 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 令和 年 月 | | | | | |
| 0 | 6 | 2 | 0 | 9 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 令和 年 月 | | | | | |
| 0 | 6 | 2 | 0 | 9 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 令和 年 月 | | | | | |
| 0 | 6 | 2 | 0 | 9 | 1 | | | | | | | | | | | | | | 令和 年 月 | | | | | |