介護給付費過誤申立依頼書

事業所番号	
事業所名	印
所在地	
連絡先	TEL

神崎町長　　様

下記の介護給付について、過誤申立いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供 年月日	申立コード	申立事由