

受付印

介護給付費過誤申立書 (申請書番号 30)

岬町長 宛

次の介護給付について、次のとおり（同月過誤 ・ 通常過誤）の申し立てをします。

事業所番号	事業所名	印
	所在地	〒
被保険者番号	フリガナ	電話番号 () -
被保険者氏名	申立日	年 月 日

サービス提供年月	提供したサービス名	過誤申立事由	申立事由コード
年 月			
年 月			
年 月			

(事業所→保険者)