

介護給付費過誤申立依頼書（事業者提出用）

年 月 日

湯浅町長 様

事業者番号													
事業者名													
所在地													
連絡先													

下記の介護給付費について過誤を申し立てます。

No.	被保険者番号・氏名	サービス提供年月	申立事由コード				申立事由
1		年 月					
2		年 月					
3		年 月					
4		年 月					
5		年 月					
6		年 月					
7		年 月					
8		年 月					
9		年 月					
10		年 月					