

介護給付費過誤申立書

年 月 日

勝浦市長 様

事業所名
所在地
電話番号

印

下記のとおり過誤を申し立てます。

事業所番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月日	申立事由コード	申立単位数	申立事由