

介護給付費過誤申立書
(同月再請求分)

年 月 日

八 幡 市 長 様

事業所番号	
事業者名	
所在地	〒
連絡先	電話番号

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

被保険者番号	
被保険者氏名	
被保険者住所	
サービスの種類	
サービス提供年月	
申立事由コード	
申立事由	