**介護給付費過誤申立書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所所在地 | 〒　　　　　　―　　　　　 |
|  |
| 連絡先 | 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　（担当　　　　　　　　） |

**古　殿　町　長　　様**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　枚中　　枚）

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

　**年　　月　　日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　事業所番号 | 被保険者番号被保健者氏名 | サービス提供年月 | 申立事由コード | 申立事由 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  　 年 月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  年 月 |  |  |  |  |  |
|  |