

サービス事業所等 → 保険者

介護給付費過誤申立書

滝川市長様

申 立 者	事業者番号													
	事業所名													
	所在地													
	連絡先													

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

申立日 年 月 日

NO	被保険者番号	サービス提供 年 月	申立事由・単位数
	被保険者氏名		
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			