介護給付費過誤申立書

（あて先）高野町長

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒
TEL	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

過誤処理	
1. 通常	2. 同月

申立日
令和　　年　　月　　日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		
		平成 令和　　年　　月		