介護給付費過誤申立依頼書

平成　　年　　月　　日

事業所番号										
事業所名										
所在地	〒									
連絡先	電話番号									

御 殿 場 市　 様

下記の介護給付について、過誤を申し立ていただきたく依頼します。

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　年　月					
	平成　年　月					
	平成　年　月					
	平成　年　月					
	平成　年　月					
	平成　年　月					
	平成　年　月					
	平成　年　月					
	平成　年　月					
	平成　年　月					

該当する給付費明細書の写しを添付してください。
（居宅サービス介護給付費明細書、居宅介護支援介護給付費明細、施設サービス給付費明細書等）

※毎月25日までに市へ提出してください。