事業者→保険者

# 介護給付費過誤申立依頼書

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申立者 | 事業所番号 | | | | | | | | | | |
| | 事業所名 | | | | | | | | | | |
| | 所 在 地 | | | | | | | | | | |
| | 連 絡 先 | | | | | | 担当者氏名 | | | | |

毛呂山町長　あて

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

| No. | 被保険者番号<br>被保険者氏名 | サービス提供年月 | 請求単位数 | 特定入所者介護サービス費等 | 申立事由コード | 申立理由 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | 年　　月 | | | | |
| 2 | | 年　　月 | | | | |
| 3 | | 年　　月 | | | | |
| 4 | | 年　　月 | | | | |
| 5 | | 年　　月 | | | | |
| 6 | | 年　　月 | | | | |
| 7 | | 年　　月 | | | | |
| 8 | | 年　　月 | | | | |
| 9 | | 年　　月 | | | | |
| 10 | | 年　　月 | | | | |