介護給付費過誤申立依頼書

事業所番号	
事業所名	
所在地	
連絡先	

美　幌　町　長　　様

下記の介護給付について、過誤を申し立てを依頼します。　　令和　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由ｺｰﾄﾞ	申立事由
		令和　　年　　月		