|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

事業者　→　保険者 介護給付費過誤申立書 【　再請求：　有　・　無　】

　松川町長　殿

申立年月日　　　　　年　　　月　　　日

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | フリガナ | サービス提供年月 | 申立事由コード | 申立事由 |
| 被保険者氏名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |