介護給付費（同月）過誤申立書

小 豆 島 町 長　殿

事業者番号	
事業者名称	
所在地	〒
連絡先	電話番号

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　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	サービスの種類	申　立　事　由
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		