介護給付費過誤申立書

事業者番号	
事業者名	
所在地	
連絡先	電話番号　　－　　－

比布町長　　様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	ｻｰﾋﾞｽ提供年月	申立事由ｺｰﾄﾞ	申　立　事　由
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		