受付印

介護給付費過誤申立書

事業者番号	
事業者名	
担当者名	
所在地	〒　－
電話番号	

（あて先） 日高川町長

次の介護給付について、過誤を申し立てます。

通常過誤	同月過誤

令和　　年　　月　　日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	提供したサービス名	申立事由	申立事由コード
		平成・令和　年　月			
		平成・令和　年　月			
		平成・令和　年　月			
		平成・令和　年　月			
		平成・令和　年　月			
		平成・令和　年　月			
		平成・令和　年　月			
		平成・令和　年　月			
		平成・令和　年　月			
		平成・令和　年　月			