介護給付費過誤申立書

保険者番号	3	1	2	0	2	5
保険者名	米子市					

米子市長　様

通常過誤　□

同月過誤　□

事業所番号		
事業所名		
所在地	〒　　－	
連絡先	電話番号	
	担当者名	

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

被保険者番号 （頭の00･･･は不要）	被保険者かな氏名	サービス提供年月	申立事由コード	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		
		令和　　年　　月		