

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

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	〒 ー	
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

[illegible]