

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 ☐

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]