

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

事業所番号		
事業所名		
所在地	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	
連絡先	電話番号	<input type="text"/>
	担当者名	<input type="text"/>