介護給付費過誤申立書

新発田市　　殿

保険者番号　152066
保険者名　新発田市
TEL　(0254)22-3030

事業所番号
事業所名
TEL

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立理由コード	識別番号	申立理由
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			
		年　月分			