

介護給付費過誤申立依頼書

四街道市長 宛

事業者番号	
事業者名称	
所在地	
電話番号	

下記の介護給付費について、取下げを依頼します。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	過誤申立事由 (具体的に記入してください)
		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		

※ 過誤申立の依頼は、請求月の翌月からできます。