介護給付費の過誤に係る申立書

坂東市長　　様

事業所番号	
事業所等所在地 及び名称	印
電話番号	

下記の介護給付について、（ 通常 ・ 同月 ）過誤を申し立てます。

申立日　　年　　月　　日

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	申立事由

※同月過誤を行いたい場合は、事前に介護福祉課まで連絡してください。