介 護 給 付 費 過 誤 申 立 書

川 俣 町 長　様

事業所番号	
事業所名	
所在地	
電話番号	

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

過誤区分【 通常過誤 ・ 指導による過誤返還（　　年　月指導分）・ 同月過誤 】　　再請求【 有 ・ 無 】

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 （具体的に記載して下さい。）