事業所→保険者
同月過誤

保険者番号　282277
保険者名　宍粟市

介護給付費過誤申立書

宍粟市長　様
下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

年　　月　　日

事業所名		代表者名	㊞
住　所		担当者名	電話（　　）　　－

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月日	申立事由コード	申立事由
		年　月	1 2	
		年　月	1 2	
		年　月	1 2	
		年　月	1 2	
		年　月	1 2	
		年　月	1 2	
		年　月	1 2	
		年　月	1 2	
		年　月	1 2	
		年　月	1 2	