

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 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						