

介護給付過誤申立依頼書

米沢市長 あて

事業所番号	
事業者名	
所在地	
連絡先	

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

年 月 日

被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供月	申立事由コード	申立事由	備考
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			