# 介護給付費過誤申立書

| | |
|---|---|
| 事業者番号 | |
| 事業者名 | |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 | |

揖斐広域連合長　様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　平成　　年　　月　　日

| 番号 | 被保険者番号<br>被保険者氏名 | サービス提供年月 | サービス種類 | 給付実績 | 申し立て理由 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 平成　　年　　月 | | 点数 | |
| | | 平成　　年　　月 | | 点数 | |
| | | 平成　　年　　月 | | 点数 | |
| | | 平成　　年　　月 | | 点数 | |
| | | 平成　　年　　月 | | 点数 | |
| | | 平成　　年　　月 | | 点数 | |