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。　　年　　月　　日

番号	被保険者番号 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
		年　　月		点数	
		年　　月		点数	
		年　　月		点数	
		年　　月		点数	
		年　　月		点数	
		年　　月		点数	