介護給付費過誤（通常・同月）申立書　（　　月処理）

年　　月　　日

三豊市長　山下　昭史　殿

事業所番号	
事業所名	印
所在地	
連絡先	TEL

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

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