事業者→保険者

介護給付費過誤申立書

保険者番号	3	0	2	0	4	2				
保険者名	和歌山県有田市									
事業所番号										
事業所名										
所在地										
連絡先	電話番号									

有 田 市 長　　様

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。

どちらかに〇をつけて下さい	
同月	通常

申　立　日									
			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
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		
		年　月		