事業者→保険者

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

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		
		年　月		