

## 介護給付費過誤申立書

中島村長 様

下記の介護給付について、過誤（通常・同月）を申し立てます。  
 ※該当する過誤申立方法を○で囲んでください。

事業所番号									
事業所名称									
所在地									
連絡先									

下記の介護給付について再審査を請求します。

令和 年 月 日

保険者番号	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	申立単位数	申し立て事由
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			