**介護給付費過誤申立依頼書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 | 　 |
| 所　在　地 |  |
| 連　絡　先 |  |

南会津町長

　下記の介護給付について、過誤申立を依頼します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成・令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
| . |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成・令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成・令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成・令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成・令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成・令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成・令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成・令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成・令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 平成・令和　　年　　月 |  |  |  |  |  |