介護給付費過誤申立依頼書

夕張市長　あて

令和　　年　　月　　日

事業者番号			
事業者名		担当者氏名	
住　　所		電話番号	
		ＦＡＸ	
過誤申立依頼書枚数（本書含む）	枚	過誤申立件数	件

下記のとおり、過誤申立を依頼します。

被保険者番号 氏　　名	過誤申立対象年月（サービス提供年月）	提供サービス種類	申立コード	申立理由
	年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 月			
	年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 月			
	年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 月			
	年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 月			
	年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 月			
	年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 月			

介護給付費過誤申立依頼書（続紙）

令和　　年　　月　　日

事業者番号										

事業者名		担当者氏名	

枚中　　枚目

被保険者番号 氏　　名	過誤申立対象年月（サービス提供年月）														提供サービス種類	申立コード	申立理由
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	月			
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	月			
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	月			
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	月			
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	月			
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	月			
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	月			
	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	月			