介護給付費過誤申立書

年　　月　　日

鎌ケ谷市長　様

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、過誤を申し立てます。

被保険者番号	被保険者氏名	ｻｰﾋﾞｽ提供年月	ｻｰﾋﾞｽ種類名	申立事由ｺｰﾄﾞ	申立事由