

## 介護給付費過誤申立書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

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

下記の介護(予防)給付について、過誤を申し立てます。

番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	サービス種類名	申立事由コード	申立事由
1			年 月			
2			年 月			
3			年 月			
4			年 月			
5			年 月			
6			年 月			
7			年 月			
8			年 月			
9			年 月			
10			年 月			