事業者　→　保険者

# 介護給付費過誤申立依頼書

| | |
|---|---|
| 事業所番号 | |
| 事業所名 | |
| 所在地 | |
| 連絡先 | |

益　田　市　長　　様

下記の介護給付費について、過誤がありましたので国保連合会への申立を依頼します。

令和　　年　　月　　日

| 被保険者番号<br>被保険者氏名 | サービス提供年月 | 申立事由コード | 申立事由 |
|---|---|---|---|
| | 年　　月 | | |
| | 年　　月 | | |
| | 年　　月 | | |
| | 年　　月 | | |
| | 年　　月 | | |
| | 年　　月 | | |
| | 年　　月 | | |