介護給付費過誤申立書

北海道伊達市長　様

事業所番号	
事業所名	
所在地	〒　　－
連絡先	電話番号

下記の介護給付について、過誤を申し立てます。　　令和　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号 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