介護給付費/介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書

保険者番号	153858				
保険者名	阿賀町				
Tel	0254-92-5763				

阿賀町長 様

事業所番号

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。

年 月 日

事業所名

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	申立理由	識 別番 号	申 立 理 由
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			