

同月過誤

介護給付費審査委員会 殿

介護給付費過誤申立書

事業所名
所在地
連絡先
(電話番号)

保険者番号	271007
保険者名	大 阪 市
所 在 地	〒530-8201 大阪市北区中之島1丁目3番20号
連 絡 先 (区)	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(上段)										サービス提供年月			申立事由	申立事由	
										被保険者氏名(下段)													コード		
																					平成・令和	年	月		
																					平成・令和	年	月		
																					平成・令和	年	月		
																					平成・令和	年	月		
																					平成・令和	年	月		
																					平成・令和	年	月		
																					平成・令和	年	月		
																					平成・令和	年	月		
																					平成・令和	年	月		
																					平成・令和	年	月		
																					平成・令和	年	月		