同月過誤

介護給付費過誤申立書

介護給付費審査委員会　殿

事業所名
所在地
連絡先
（電話番号）　　印

保険者番号	2 7 1 0 0 7
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。　　平成　　年　　月　　日

事業所番号	被保険者番号（上段） 被保険者氏名（下段）	サービス提供年月	申立事由 コード	申立事由
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		
		平成　年　月		