通常過誤

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)

| 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

印

| 事 | 業 | 亨 | ÍΙ | 番 | 号 | | | | | -段 「段 | - # | ·—Ł | ごス提供 | 年月 | 申立事由 コ ー ド | 申 立 事 由 |
|---|---|---|----|---|---|--|--|--|--|----------|-----|-----|------|----|---------------|---------|
| | | | | | | | | | | | 平月 | ţ | 年 | 月 | | |
| | | | | | | | | | | | 平月 | ţ | 年 | 月 | | |
| | | | | | | | | | | | 平月 | ţ | 年 | 月 | | |
| | | | | | | | | | | | 平月 | ţ | 年 | 月 | | |
| | | | | | | | | | | | 平月 | ţ | 年 | 月 | | |
| | | | | | | | | | | | 平月 | ţ | 年 | 月 | | |
| | | | | | | | | | | | 平月 | ţ | 年 | 月 | | |
| | | | | | | | | | | | 平月 | ţ | 年 | 月 | | |
| | | | | | | | | | | | 平月 | ţ | 年 | 月 | | |
| | | | | | | | | | | | 平月 | ţ | 年 | 月 | | |