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 （鶴 見 区）	鶴見区保健福祉センター　高齢者支援（介護保険） 電話番号　06-6915-9859

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		