介護給付費過誤申立書

富岡町長　様

事業所番号	
事業所名称	
事業所所在地	〒
連絡先	TEL： FAX：　　（担当：　　）

下記の通り、過誤を申立てます。　　年　　月　　日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由（具体的に記入してください）