事業所　→　保険者

介護給付費／介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書

保険者番号　１５３８５８

保険者名　阿賀町

TEL　0254-92-5763

阿賀町長　様

事業所番号

下記の介護給付費について、過誤を申し立てます。　年　月　日

事業所名

TEL

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立理由 コード	識別 番号	申立理由
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			
		年　月			