事業所→保険者

枚中　枚目

同　月　過　誤　取　下　申　立　書

佐　川　町　長　　様

事業所番号	３　９
事業所名	
所在地	
電話番号	
担当者名	

つぎの介護給付について、過誤を申し立てます。

令和　　年　　月　　日

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	申立事由コード	申立事由
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		
		令和　年　月		